FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883 — N° 111

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 février 1883, à 1 heure.

PAR JEAN JOURNET,

Né à Carcassonne, le 24 mai 1856.

ETUDE SUR LE CANCER

DE LA TERMINAISON

DE L'INTESTIN GRÊLE

Président : M. POTAIN, *professeur.*

Juges : MM. GUYON, *professeur.* TERRILLON, STRAUS, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1883

1882

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 111

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 février 1883, à 1 heure.

PAR JEAN JOURNET,

Né à Carcassonne, le 24 mai 1856.

ETUDE SUR LE CANCER

DE LA TERMINAISON

DE L'INTESTIN GRÊLE

Président : M. POTAIN, *professeur.*

Juges : MM. GUYON, *professeur.*
TERRILLON, STRAUS, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. BÉCLARD.

Professeurs.......... MM.

Anatomie.. SAPPEY.
Physiologie.. BÉCLARD.
Physique médicale.. GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale........ WURTZ.
Histoire naturelle médicale........................ BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales........ BOUCHARD.
Pathologie médicale.. JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale.. GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique.. CORNIL.
Histologie.. ROBIN.
Opérations et appareils.. LE FORT.
Pharmacologie.. REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale........... HAYEM.
Hygiène.. BOUCHARDAT.
Médecine légale.. BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés........................ PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..... LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale........ VULPIAN.
Clinique médicale.. SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants.. PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale........................ BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.......... FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses............... CHARCOT.
Clinique chirurgicale.. RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique........................ PANAS.
Clinique d'accouchements........................ DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :
MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.
BERGER.
BOUILLY.
BOURGOIN
BUDIN.
CADIAT.
DEBOVE.
DIEULAFOY.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.

MM.
GAY.
GRANCHER.
HALLOPEAU.
HENNINGER.
HANRIOT.
HUMBERT.
LANDOUZY.
JOFFROY.
DE LANESSAN.

MM.
LEGROUX
MARCHAND.
MONOD.
OLLIVIER.
PEYROT.
PINARD.
POZZI.
RAYMOND.
RECLUS.

MM.
REMY.
RENDU.
RICHET.
RICHELOT.
STRAUS.
TERRILLON.
TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : CH. **PUPIN.**

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES EXCELLENTS AMIS

MM. SIMON ET LOUIS BUSCAIL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

A M. DU CASTEL

Médecin des hôpitaux.

A MON AMI LE DOCTEUR F. X. MEYNARD

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

ETUDE

SUR LE CANCER

DE LA TERMINAISON

DE L'INTESTIN GRÊLE

INTRODUCTION.

Le cancer du tube digestif a été l'objet d'un grand nombre de travaux.

Mais dans ces études nous avons en vain cherché un chapitre consacré au cancer de la terminaison de l'intestin grêle. Le cancer primitif, pour la plupart des auteurs, est exceptionnel en ce point.

Grisolle (1) dit à ce sujet : « Ainsi il est parfaitement établi que le cancer est très rare dans le jéjunum et dans l'iléon. »

D'après M. Lancereaux la proportion du cancer de l'intestin par rapport à celui de l'estomac serait de un à deux ;

(1) Pathologie interne, t. II, p. 603.

en outre le cancer de l'intestin serait moins souvent primitif que celui de l'estomac ; il succéderait à l'extension d'un organe voisin : utérus, reins, estomac. Le péritoine serait l'agent de transmission. M. Luton dans son remarquable article (1), s'exprime ainsi : « Il en résulte que le cancer de l'intestin n'y est plus aussi rigoureusement primitif que dans l'estomac.

« Il s'y montre souvent par extension d'un organe voisin..... Le cancer du gros intestin et surtout du rectum est le plus fréquent de tous, le cancer de l'intestin grêle est réputé très rare (Forster).» Et plus loin le même auteur ajoute :

« Dans les conditions actuelles nous n'entreprendrons pas une étude dogmatique du cancer de l'intestin ; car les données cliniques manquent presque entièrement. D'une part en effet le cancer du duodénum se confondra par ses symptômes avec le cancer de l'estomac, du foie, du pancréas et du petit épiploon.

De l'autre, à l'extrémité opposée le cancer du rectum rentre dans le domaine de la chirurgie, comme étant accessible à l'exploration directe et comme comportant certaines opérations bien réglées. Le cancer des parties intermédiaires, outre qu'il ne sera pas souvent primitif, ne pourra être diagnostiqué que lorsqu'il formera des tumeurs déjà considérables; autrement on songera à toute autre chose..»

M. le professeur Jaccoud réunit dans le même chapitre le cancer de l'intestin en général, du duodénum au rectum.

Nous avons rapporté ces diverses opinions sur le cancer

(1) Nouveau Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques, vol. XIX, p. 301.

de l'intestin pour expliquer en quelque sorte notre idée de thèse inaugurale. Nous avions été frappé de voir dans un court espace de temps, dans le seul service de M. le professeur Potain, un nombre relativement considérable de malades atteints d'affection cancéreuse localisée à la terminaison de l'iléon. Nous n'avions pas moins été frappé de voir le diagnostic porté par cet éminent professeur du vivant du malade.

Le travail que M. du Castel, médecin des hôpitaux vient de publier (1), et dont il a eu l'obligeance de nous communiquer le manuscrit, a suggéré l'idée de notre travail.

Il nous a paru intéressant, à côté des opinions que nous avons citées plus haut, de grouper les faits publiés sur le sujet qui nous intéresse, de nous appuyer sur les leçons de M. le professeur Potain, et sur l'étude des observations que nous rapportons, pour en faire une étude symptomatique et diagnostique.

Cette affection se manifeste la plupart du temps par des symptômes assez nombreux et assez caractéristiques pour que le diagnostic puisse être porté durant la vie ; et l'on pourra peut-être quelquefois tenter avec succès l'intervention chirurgicale.

Nous prions nos juges de nous accorder toute leur bienveillance et de ne tenir compte que de nos efforts pour bien faire.

Que M. du Castel reçoive nos plus vifs remerciements pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nous remercions notre jeune ami M. Cohin étudiant en médecine de son bienveillant concours.

(1) Arch. génér. de méd., août 1882.

OBSERVATIONS

Observation I.

M. Roulland (1) fait voir un cancer ulcéré et circonscrit de la valvule iléo-cæcale.

La malade qui a succombé à cette affection ignorée pendant la vie, était une vieille femme. Elle présentait depuis longtemps des coliques, une diarrhée abondante, quelque fois sanguinolente, et un amaigrissement successif. Aucun autre organe n'avait subi la même altération.

Observation II traduite de l'anglais.

Incision abdominale pour le soulagement d'une obstruction intestinale par M. G. Lawson (1).

Madame E. célibataire a eu 3 enfants dont le plus jeune a 20 ans maintenant; elle est blanchisseuse, elle a toujours joui d'une très bonne santé : mais il y a 4 semaines elle fut prise subitement de diarrhée et de vomissements. Sous l'influence d'un traitement médical la diarrhée s'arrêta, mais les vomissements continuèrent.

Aussitôt qu'elle prenait quelque chose elle le rejetait. Elle avait grand soif et grand mal au ventre.

Le 15 avril elle fut admise à l'infirmerie du Workhouse de Chelsea.

Les symptômes étaient alors les suivants : elle se plaignait de grandes douleurs autour de l'ombilic et dans tout l'abdomen, mais la pression n'augmentait ni ne provoquait la douleur.

L'abdomen était distendu et tympanique : la contenance gênée ; langue couverte d'un enduit brun. Pouls 116. On la purgea violemment, on lui donna largement de l'eau-de-vie, du thé de bœuf.

Le matin suivant trois selles, vomissements continus : on donne de l'opium qui n'apporte pas grand soulagement. Les vomissements deviennent moins fréquents, mais les selles disparaissent.

Le 22 avril, 6 jours depuis la dernière selle, elle eut régulièrement des vomissements stercoraux qui continuèrent jusqu'au 24 avril.

(1) In Bulletins de la Société anatomique, 1840, p. 171.

(2) Transactions of the pathological Society of London, vol. XII, p. 117, 1861.

Je la vis alors pour la première fois à la prière de Mr Dickinson. Son état était le suivant : elle vomissait continuellement des matières fécales à peu près toutes les demies heures.

L'abdomen était fortement distendu. Les anses de l'intestin grêle distendues dessinaient sur l'abdomen des rides transversales très marquées et les mouvements péristaltiques étaient nettement dessinés par les mouvements ondulatoires des rides transversales.

A la pression de la main, l'abdomen paraissait légèrement tendu, mais un peu moins que lorsque la péritonite fut établie. C'était suffisant pour supposer que la péritonite allait survenir.

La malade se plaignait en outre d'une grande douleur dans l'abdomen, mais sans pouvoir la localiser.

En examinant ces symptômes je fus d'accord avec Mr Dickinson pour regarder ce cas comme une obstruction mécanique, mais était-ce une bride ou un autre agent constricteur ? je ne pouvais le dire. En suivant la trace du petit intestin distendu à travers les téguments de la cavité abdominale, je conclus que l'obstruction était tout près de la terminaison du petit intestin ou ailleurs quelque part dans le côlon. Le traitement médical étant impuissant, je suggérai à la femme qu'il lui faudrait autoriser qu'on fit une recherche pour découvrir la cause de l'obstruction.

Je lui exposai en même temps les dangers inhérents à cette opération.

Elle accepta.

Avant l'opération je m'assurai le concours de MM. M. Buzzard et Henry Smith, dont le concours dans cette opération me donnait une chance de réussite, quoiqu'il y en eût bien peu.

Assuré de leur présence et de celle de Mr Dickinson, la patiente fut chloroformisée par M. le docteur Anstie. J'ouvris l'abdomen par une incision qui s'étendait de l'ombilic au pubis. Alors passant ma main dans la fosse iliaque droite, je tombai sur une masse durcie d'intestins.

Pour bien la voir je prolongeai l'incision de 2 pouces au dessus de l'ombilic. Toutes les parties de la fosse iliaque droite apparurent clairement à mes yeux. On vit alors que le petit intestin qui était rougeâtre, couleur indiquant un commencement de péritonite, était énormément distendu jusqu'au cæcum.

A partir de ce point on ne voyait plus aucune distension.

A la jonction de l'iléon avec le cæcum, il y avait une masse dure et tout le cæcum présentait un épaississement particulier et une altération facile à saisir à l'œil et au toucher.

Le côlon ne fut pas aperçu car le petit intestin le recouvrait probablement. Comme on avait trouvé le siège de l'obstruction on jugea inu-

tile de faire de plus longues recherches. Nous conclûmes tous que l'obstruction était dans le canal intestinal et causée probablement par une tumeur maligne ; Je replaçai immédiatement les intestins et fermai la plaie abdominale par des sutures à épingles.

La patiente se réveilla rapidement, mais mourut 9 heures après.

Autopsie. — Faite 28 heures après la mort. Al'ouverture de l'abdomen l'intestin grêle distendu par les matières fécales présentait un diamètre triple de son état normal, une circonférence de 5 pouces et occupait la partie supérieure de l'abdomen. En incisant le cæcum on trouva une masse durcie; le cæcum était petit, mais très épaissi et replié sur lui-même.

Passant au côlon qui se trouvait derrière l'intestin grêle nous l'avons trouvé complètement mou, pâle et assez contracté, il ressemblait à une portion de l'œsophage.

L'intestin grêle tout entier était rougeâtre, mais ne présentait pas trace d'épanchement.

En coupant la partie inférieure de l'iléon on vit qu'à la place occupée normalement par la valcule iléo-cæcale, était un épaississement squirrheux, dense, qui fermait entièrement le tube intestinal en ce point, de telle sorte que l'eau ne pouvait passer.

L'appendice vermiforme était allongé et distendu et communiquait avec l'iléon par une petite ulcération qui s'était ouverte et l'ouverture normale de l'appendice dans le cæcum subsistant, il y avait ainsi un petit passage sinueux par lequel quelques matières avaient passé, allant ainsi de l'iléon directement dans l'appendice vermiforme et de là dans le cæcum.

Observation III.

Occlusion intestinale. — Entérotomie. — Mort. — Autopsie. — Cancer de la valvule iléo-cæcale (M. Lefeuvre, intérne, in bulletins de la Société anatomique, année 1867).

H... (François), âgé de 43 ans, serrurier, a été opéré il y a 23 ans d'un étranglement interne. Sa hernie, qui s'est reproduite quelques mois après l'opération, n'a donné lieu depuis ce temps à aucun accident. Elle rentre facilement et reste habituellement maintenue à l'aide d'un bandage. Cependant H... éprouve par moments des douleurs très vives dans le ventre. Ces coliques, sans être jamais accompagnées de vomissements ni de diarrhée, l'obligent parfois à suspendre son travail.

Le 12 janvier 1867, après qu'il eut bien dîné, les douleurs abdominales,

devenues plus vives, s'accompagnent de borborygmes, et en même temps, le ventre augmente considérablement de volume. Le malade essaie, mais en vain, d'aller à la garde-robe. Les vomissements jaunes, fétides, fécaloïdes survienent. Ils n'ont pas encore cessé de se produire le 15 janvier. En vain essaie-t-il de rétablir ses selles en prenant des purgations, ces dernières sont presque aussitôt rejetées par les vomissements. Cet état persiste jusqu'au 28 janvier. C'est alors que le malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Barth.

Le premier coup d'œil suffit pour établir le diagnostic : « occlusion intestinale. » Le malade a le facies abdominal très caractérisé. Les borborygmes s'entendent à distance et, si l'on découvre le ventre, on le trouve ballonné ; l'on aperçoit très distinctement les anses intestinales qui se dessinent en soulevant la paroi abdominale. Un instant après un flot de matières fécaloïdes est rejeté par le vomissement.

Quel est l'obstacle ? Où siège-t-il ? On n'a pas affaire à un étranglement herniaire, puisque la hernie, qui est inguinale droite, rentre avec la plus grande facilité. L'anse intestinale herniée n'est même pas distendue et paraît appartenir à une portion du tube digestif située au delà de l'occlusion. M. Barth pense que l'obstacle au cours des matières avoisine la valvule iléo-cæcale et qu'un étranglement de l'intestin par brides anciennes et organisées résultant de l'opération que cet homme a subie est la cause de tous les désordres que l'on observe. Cependant il déclare qu'il n'a pas assez de données pour se prononcer avec certitude et sur la cause et sur le siège de la maladie.

Malgré cet état grave le malade est assez calme, le pouls donné 28 pulsations à la minute et conserve une certaine ampleur. — Prescription : potion huileuse, lavements légèrement purgatifs, glace à l'intérieur, embrocations sur le ventre.

Le lendemain 30 janvier le traitement étant resté sans résultat, M. Laugier est appelé pour pratiquer l'entérotomie. L'opération est faite vers 4 heures 1/2 du soir. Elle consiste en une incision longue de 5 à 6 centimètres, pratiquée dans la région de la fosse iliaque droite. Aussitôt que le péritoine est ouvert une anse intestinale distendue, mais non enflammée, se présente. On la fixe au moyen de huit points de suture à la paroi abdominale, puis on l'ouvre vers le milieu. Un flot de matières fécales, peu considérable d'abord, mais bientôt devenu d'une abondance extrême, s'écoule par l'ouverture artificielle. En 7 ou 8 heures l'évacuation par cette voie atteignit la valeur d'une dizaine de litres. Le ventre s'affaisse, mais le malade tombe bientôt dans un état de prostration extrême. Le pouls, presque normal avant l'opération, devient insensible.

La face se couvre d'une sueur froide et la mort survient le 31 janvier à une heure du matin.

Autopsie. — On trouve une péritonite intense caractérisée par la présence de flocons fibrineux et purulents.

L'extrémité inférieure du grand épiploon est fixée dans le canal inguinal droit par des adhérenecs anciennes et forme une bride trop lâche pour avoir pu donner lieu à un étranglement.

L'obstacle au cours des matières existe dans l'intestin lui-même et siège précisément à l'orifice iléo-cæcal. Il consiste en une tumeur de nature encéphaloïde développée sur la valvule de Bauhin et envoyant un prolongement polypiforme, une sorte de bouchon, dans l'intestin grêle. Cette seconde masse est refoulée par les liquides intestinaux vers l'orifice iléo-cæcal, qu'elle obture à la façon d'une soupape. D'ailleurs cet orifice, sans être complètement oblitéré, est singulièrement rétréci par la dégénérescence même de ses parois. Cette tumeur cancéreuse occupe surtout la muqueuse, mais s'étend aussi aux autres tuniques. M. Cornil l'a examinée au microscope et l'a trouvée formée de cellules épithéliales cylindriques. Deux ou trois ganglions mésentériques, voisins de la tumeur, sont augmentés de volume et ont subi la même dégénérescence.

Les autres organes ne présentent pas de lésions appréciables.

On reconnaît ensuite que l'intestin grêle a été ouvert par le chirurgien 5 centimètres au-dessus de la partie oblitérée. Les sutures fixent solidement la plaie intestinale aux lèvres de l'incision faite à la paroi abdominale et l'on ne trouve pas de matières fécales épanchées dans le péritoine. L'entérotomie réunissait donc les meilleures conditions chirurgicales et aurait pu sauver les jours du malade si elle avait été pratiquée dès le début de l'occlusion intestinale, abstraction faite bien entendu, de la nature de l'obstacle qui condamnait fatalement le malade à la mort.

Observation IV.

Carcinome colloïde du cæcum. — Pneumonie caséeuse (observation recueillie par M. Seuvre, interne dans le service de M. Després et publiée dans les bulletins de la Société anatomique, 1873).

B... (Mélanie), âgée de 35 ans, entre le 22 juin 1863 à l'hôpital Cochin pour une tumeur de la fosse iliaque droite. Elle en fait remonter le début à 5 mois. Elle accuse des antécédents cancéreux héréditaires. Quelques jours auparavant elle avait été prise de douleurs vives, avec

tension du ventre, constipation, quelques vomissements, puis débâcle. La malade dit avoir rendu alors des matières glaireuses mêlées de sang. Dès ce moment un peu de fièvre le soir, faiblesse et anémie progressives. Depuis les selles redevinrent faciles, régulières, plus de vomissements.

Nous trouvons une femme amaigrie, pâle, avec le teint jaune-paille caractéristique. Dans la fosse iliaque on trouve une tumeur de la grosseur du poing, globuleuse, dure, un peu douloureuse à la pression, mate, immobile; pas de gargouillement ni fluctnation. Elancements douloureux le long de la cuisse.

Ventre non ballonné. Les fonctions gastro-intestinales paraissent normales. On pense à un sarcome de la fosse iliaque sans que l'on puisse préciser le point de départ de la tumeur.

Le 5 juiliet. Peu à peu la tumeur grandit dans le sens vertical, puis une diarrhée incessante survient, l'appétit se perd et la malade refuse les aliments solides; prise de dysphagie, elle ne peut les avaler. Elle se nourrit de bière et de lait. De temps en temps vomissements de matières glaireuses et bilieuses.

Le 10. Le ventre reste souple, non ballonné, et permet de découvr par une palpation profonde des grosseurs maronnées placées le long de la colonne vertébrale, A la partie inférieure de la région épigastrique, un peu au-dessus de l'ombilic, on sent une tumeur du volume d'une noix, mobile, paraissant superficielle et placée immédiatement au-dessous des parois abdominales, probablement dans l'épaisseur de l'épiploon.

Le diagnostic modifié est carcimone du cæcum avec dégénérescence des ganglions mésentériques.

Le 28. Angoisse subite. Dyspnée.

Le 29. Petite toux quinteuse, crachats peu aérés, sanguinolents ; l'auscultation de la poitrine ne décèle aucun bruit anormal.

Le 10 août. Quelques râles sous-crépitants, à droite. Crachats purulents.

Le 20. Amaigrissement extrême. Fièvre le soir. Transpiration la nuit. L'inappétence augmente; c'est à peine si la malade veut prendre quelques cuillerées de lait, seul aliment qu'elle puisse supporter.

Le 1er septembre. Mort.

Autopsie. — Membres atrophiés, aucun œdème.

Les veines superficielles ne paraissent pas dilatées d'une façon anormale.

Ganglions bronchiques rougeâtres assez volumineux (de la grosseur

d'un haricot), mais non caséeux ; ils se continuent avec une chaîne de ganglions prévertébraux thoraciques et abdominaux d'autant plus volumineux qu'ils se rapprochent plus des vertèbres lombaires.

Canal thoracique non dilaté, aucune altération apparente.

Adhérences pleurales assez étendues, faciles à rompre (semblant récentes).

Les deux poumons sont atteints surtout dans leur tiers supérieur de pneumonie caséeuse. Dans les lobes inférieurs quelques points de caséification, aucune granulation miliaire, aucun foyer cancéreux. Dans les dernières subdivisions de l'artère pulmonaire on rencontre des caillots vermiculaires fermes, grisâtres, que l'on fait sortir par la pression.

Le cœur présente des sillons chargés de graisse, les fibres musculaires sont pâles, les cavités droites sont remplies de caillots noirâtres mous, les caillots se prolongent dans l'artère pulmonaire et ses divisions : les valvules sigmoïdes ont marqué leur empreinte. Dans le cœur gauche aucun caillot. Dans l'aorte au-dessus des valvules sigmoïdes et de l'embouchure des artères coronaires, plaques d'athérome disposées circulairement. Dans la veine cave inférieure caillot volumineux mais non friable. Dans la branche de la veine porte qui paraissait rétrécie caillot fibrineux résistant.

Aucun épanchement dans la cavité abdominable. Foie volumineux, pesant, d'une teinte jaune uniforme manifestement graisseuse. La surface est lisse, régulière ; aucun noyau de cancer. Rate d'un volume normal, peut-être un peu plus ferme et plus pâle. Reins anémiques graisseux. Utérus sain, vessie saine.

Ovaire et trompe du côté gauche sains. Ovaire et trompe droits adhérents à la masse cancéreuse, le tissu cellulaire du ligament large droit vers l'angle formé par le bord droit de l'utérus et de la trompe droite participe à la dégénérescence, il est induré, les vaisseaux utéro-ovariens sont variqueux, oblitérés par des caillots.

Vers la grande courbure de l'estomac, varices réelles et ecchymoses, au-dessous de la muqueuse. La veine coronaire stomachique est dilatée Les veines pyloriques et gastro-épiploïques droites passent au hile d'un ganglion carcinomateux placé dans l'épaisseur du grand épiploon au voisinage du pylore. La pression exercée par ce ganglion occasionne une gêne notable dans la circulation de l'estomac.

Intestin grêle œdémateux et congestionné par places correspondant à des branches mésentériques dilatées. La circulation veineuse était assurément gênée par la pression de ganglions prévertébraux dégénérés et par la présence d'un caillot dans la veine porte.

Rectum très congestionné, hémorrhoïdes internes et externes, ces dernières très prononcées. Le côlon descendant et l'S iliaque portés à droite adhérent à la tumeur sans présenter d'altération notable. Les adhérences rompues on remarque une masse dure, compacte, comme lardacée, du volume des deux poings, placée dans la fosse iliaque droite et débordant en haut et en dedans. Il est d'abord difficile d'y retrouver la fin de l'intestin grêle, le cæcum et la partie droite du côlon transverse. Le tissu péricæcal fait partie de la dégénérescence et contribue à établir des adhérences serrées entre le cæcum et la fosse iliaque, il relie également le côlon ascendant à la face antérieure de l'enveloppe adipeuse du rein droit. Cette masse de tissus indurés qui englobent l'intestin grêle, masquait complètement les faces latérales et postérieures et empêchait de les isoler. Cependant en faisant une injection par la fin de l'intestin grêle, l'eau distend peu à peu la portion de l'intestin susnommée et met en relief leur face antérieure. Une fois cette distension opérée par un jet d'eau vigoureux, l'écoulement est facile, ce qui explique le cours relativement libre des matières pendant la vie et l'absence de météorisme. L'incision confirme l'absence d'une coarctation absolue, mais l'existence d'un rétrécissement marqué à la fin de l'intestin grêle. L'altération est plus accusée au niveau du cæcum, la face interne a un aspect villeux, végétant, anfractueux. On aperçoit çà et là de petites cavernes remplies d'une gelée demi-transparente s'enlevant facilement.

La valvule iléo-cæcale est détruite.

La fin de l'intestin grêle que l'on sculpte pour ainsi dire à la partie supérieure de la masse est repliée trois fois sur elle-même comme un S aplati et ses replis rapprochés sont soudés entre eux, tout en laissant au calibre de l'intestin une certaine dimension.

Dans l'angle formé par l'intestin grêle et le cæcum, le mésentère est épaissi, lardacé, les ganglions hypertrophiés présentent à la coupe un aspect vitreux, d'autres ramollis contiennent une pulpe jaunâtre demi-transparente.

L'examen microscopique de la tumeur fait par M. Debove établit l'existence d'un carcinome colloïde alvéolaire.

Où avait-il pris naissance ? L'altération était trop avancée pour pouvoir résoudre cette question. Peut-être avait-il débuté dans les plaques de Peylr.

Observation V.

Cancer de la terminaison de l'intestin grêle. — Mort. — Autopsie.
(In Thèse de Roy).

Le 5 janvier entre, salle Saint-Joseph, n° 14, dans le service de M. Hérard, la nommée Marchantaux, âgée de 36 ans et exerçant la profession de lingère.

Elle souffre de violentes douleurs depuis quatre mois au ventre et à l'estomac; ces douleurs, paraît-il, l'auraient prise brusquement. Elle raconte qu'elle aurait fait comme un faux écart et qu'aussitôt elle aurait souffert dans les reins, puis dans le ventre. Depuis quatre mois elle a des vomissements et comme une sorte de diarrhée. Généralement elle est constipée. Les douleurs de reins augmentent particulièrement au moment des règles. Elle ne vomissait pas ses aliments aussitôt pris, mais quelque temps après. A la consultation à Saint-Antoine on avait cru à un rein flottant, on lui prescrivit des purgatifs et une ceinture ; tout cela sans effet. Les vomissements et les crampes horribles, dit toujours la malade, continuaient de se faire sentir. Dans ces derniers temps elle ne pouvait plus manger et vomissait le peu qu'elle prenait.

Le mal se portait tantôt à droite, tantôt à gauche et la malade entendait très bien les bruits de l'intestin.

Elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de 15 ans. La peau est bonne, quoique le pouls soit fréquent : 120 pulsations. Il n'y a pas de fièvre ; c'est un pouls nerveux, émotionné. Depuis quatre mois la malade n'a pas ressenti de maux de tête, elle voit bien et n'a pas de bourdonnements d'oreille. Les douleurs seules l'empêchent de dormir.

La langue est un peu sèche et rouge. Elle ressent une douleur vive quand on presse sur le creux de l'estomac. Les jambes ne sont pas enflées, pas d'albumine dans les urines. On n'observe rien du côté de la matrice, si ce n'est un peu de douleur au toucher.

De ces divers renseignements on doit penser à un obstacle au cours des matières fécales, obstacle qui peut être dû à deux causes, ou bien à une cause interne, et alors il y a des matières endurcies à l'orifice du du cæcum ; ou bien à une cause externe ; l'induration des parois, une compression des organes voisins.

Le 6. La malade a beaucoup souffert, a vomi des matières claires : le ventre est dur.

Le 8. Douleurs plus vives, langue lisse et rouge, facies très altéré.

Le 10. Les crises ont été moins fortes, elle souffre dans les reins de

douleurs semblables à celles du ventre. Peu ou point de douleur à la pression.

Le 13. Les douleurs sont très vives, la malade ne dort pas. — Traitement : 20 grammes d'huile de ricin avec une goutte d'huile de croton et lavement purgatif ; cataplasme laudanisé. Potion de Rivière, bouillon froid.

Le 15. La malade paraît un peu plus calme, quoiqu'elle ait encore beaucoup souffert hier.

Le 20. Vomissements bilieux.

Le 30. A la pression on sent une tumeur à droite, arrondie et bien délimitée à sa partie externe. A sa partie inférieure on ne peut la suivre, car elle paraît comme terminée par un pédicule s'enfonçant profondément.

Le 15 février. Les vomissements sont continuels, les douleurs sont atroces, la malade est accablée ; enfin elle meurt dans la nuit du 23.

Autopsie. — A l'autopsie on a trouvé un cancer de l'intestin situé au cæcum. L'appendice vermiforme est très dur et comme solidifié, la tunique intestinale est très épaissie et présente de nombreuses granulations de forme tuberculeuse qui s'étendent même sur une partie de l'intestin grêle. La valvule iléo-cæcale est très rétrécie ; à peine le bout du petit doigt peut-il y entrer, ce qui explique les nombreux vomissements de la malade.

Le cancer s'étend au mésentère, qui est comme induré ; il a une consistance lardacée très transparente et qui donne une liqueur onctueuse au grattage. Les reins étaient à leur place, la rate était très petite, ratatinée.

Il s'agit là évidemment d'un cancroïde de l'intestin.

Observation VI.

Occlusion intestinale complète ayant duré six semaines et causée par un rétrécissement infranchissable annulaire (carcinome colloïde) occupant la fin de l'intestin grêle, (par M. Charles Leroux, in Bull. Soc. anat., 1877, p. 509).

B..., (Ernest), âgé de 37 ans, entre le 10 mai 1877, dans le service de M. Dumontpallier. En octobre 1876 et pendant dix ou quinze jours, il ressentit des coliques abdominales assez fortes, avec des alternatives de constipation et de diarrhée ; puis une constipation de quelques jours terminée par une débâcle ; il se remet bientôt et tout rentre dans l'ordre.

Il y a six semaines il est repris de coliques non continuelles, intermit

tentes et encore avec alternative de constipation et de diarrhée ; son appétit disparaît, il commence à maigrir.

Quinze jours après les selles deviennent de moins en moins fréquentes, la constipation augmente avec l'intensité des coliques ; il se purge et le mal n'en persiste pas moins.

Depuis quinze jours les selles sont complètement supprimées; mais ce n'est que depuis sept jours que le ventre se ballonne et qu'aucun gaz ne sort par l'anus. Depuis trois jours il a de temps en temps des éructations, des nausées, mais pas de vomissements.

Etat actuel. — Le malade est amaigri ; la peau est fraîche surtout aux extrémités, et nulle part œdématiée. Le pouls est petit, régulier. Pas de fièvre. Les contractions intestinales déterminent des gargouillements et peuvent facilement se percevoir au travers de la paroi abdominale. Sensations de refroidissement.

L'abdomen est fortement distendu; la sonorité exagérée, sauf dans les parties les plus déclives où il existe un peu de matité due à la présence probable d'un liquide. Ni la palpation ni la percussion ne sont douloureuses.

La distension des parois est telle qu'on ne peut pas pratiquer l'examen des organes que contient l'abdomen. Pas de circulation abdominale collatérale.

Rien au thorax, si ce n'est les signes dus au refoulement du diaphragme et des viscères abdominaux par les anses intestinales distendues. Le cœur est sain ; pas de douleurs de reins. Le malade ne mange pas et boit à peine.

En raison de cet ensemble symptomatique, M. Dumontpallier pense à une obstruction intestinale, mais qu'elle en est la nature et le siège précis ?

Divers moyens pour obtenir une selle restent infructueux et l'état du malade reste le même les jours qui suivent son entrée.

Le 16. La sonorité s'étend ; la tension abdominale augmente sans que la gêne de la respiration soit plus grande. Le malade rend par le rectum une masse blanchâtre que l'examen démontre être du mucus et des débris épithéliaux. Le soir quelques nausées et un vomissement de matières glaireuses.

Le 17. Quatre vomissements de matière brunâtre à odeur fécaloïde très nette. Le ventre reste fortement ballonné. Pouls petit, régulier, pas de fièvre. Le facies abdominal s'accentue.

Les jours suivants, jusqu'au 24, l'état du malade va s'aggravant de plus en plus. Il a un ou plusieurs vomissements fécaloïdes par jour;

malgré les tentatives pour amener une selle (cathétérisme rectal, lavement avec sonde œsophagienne de 42 centimètres de long). Le 24, le pouls est rapide : 128 ; la température s'abaisse.

Le 26 et jours suivants il semble y avoir un peu d'amélioration ; les vomissements ont cessé mais les coliques et le ballonnement persistent ; et le 5 juin il y a cinquante jours que l'obstruction est complète et qu'il n'y a pas eu de selles. Le même jour les vomissements reparaissent, et la mort survint le 13 juin 1877 après soixante jours de rétention absolue des matières.

Autopsie. — Le ventre est toujours extrêmement distendu. L'abdomen étant ouvert on trouve deux verres de sérosité dans le péritoine ; les anses de l'intestin grêle sont extrêmement distendues, au point que leur circonférence a triplé de volume. La distension est telle, qu'en écartant les anses intestinales il se fait spontanément une rupture qui s'accompagne d'un jet de matières fécaloïdes analogues à celles du vomissement. Le foie, l'estomac sont fortement refoulés en haut dans la concavité du diaphragme.

Le péritoine est injecté, présente çà et là des taches ecchymotiques violacées, qui sont d'autant plus abondantes qu'on se rapproche davantage de la fosse iliaque droite. Les anses de l'intestin grêle sont mobiles les unes sur les autres. Pas de fausses membranes ; quelques dépôts fibrineux mous, sans adhérences, sont disséminés sur le péritoine pariétal et viscéral, plus abondants vers le cæcum.

Les parois de l'intestin grêle sont ramollies, peu résistantes. La muqueuse est à peu près saine. En déroulant l'intestin, on arrive à l'obstacle qui est situé tout à fait à son extrémité terminale.

A 10 centimètres en avant de la valvule iléo-cæcale, l'intestin grêle forme avec le cæcum et le mésentère une masse dure agglomérée, au premier abord il est difficile d'en reconnaître la constitution.

En suivant l'intestin grêle, on voit que dans ses dix derniers centimètres, il est extrêmement rétréci, très adhérent aux parties voisines, et décrit, avant de se jeter dans le cæcum, un tour de spire dont la concavité répond à une masse résistante formée par le mésentère, très épaisse et contenant entre ses feuillets inséparables deux ganglions volumineux dégénérés ; l'un d'apparence caséeuse, l'autre ramolli à son centre et rempli par une masse gélatineuse transparente, colloïde.

Si l'on cherche à faire passer du liquide dans cette partie de l'intestin on voit que l'obstruction est complète ; on peut toutefois, en forçant un peu, faire pénétrer une bougie de gomme sur laquelle on coupe l'intestin rétréci, et on arrive ainsi, en suivant la spire, jusqu'au niveau de la valvule iléo-cæcale.

Dans ce trajet, l'intestin grêle offre des parois très épaisses, de 4 à 5 millimètres, dures à la coupe, blanchâtres, lardacées, ne fournissant pas de suc laiteux à la pression. La muqueuse revenue sur elle-même est plissée, contiguë à elle-même, paraît relativement saine ; çà et là cependant on voit de petites végétations polypiformes ; elle est pâle, non ulcérée. Au-dessous du point rétréci, l'intestin grêle offre un volume triple ; la muqueuse est fortement injectée et présente des plaques ecchymotiques. Toute cette portion sus-jacente au retrécissement est remplie de matières fécaloïdes semi-liquides, de couleur jaunâtre et d'une odeur infecte.

La valvule iléo-cæcale, du côté de l'intestin grêle, n'existe pour ainsi dire plus, elle se confond avec ses parois épaissies.

Du côté du cæcum elle est deformée par le tissu dégénéré de l'intestin grêle, qui semble la refouler du côté de la cavité cæcale. La muqueuse de ce côté, paraît saine. Le cæcum, très petit, revenu sur lui-même, est sans altéra ion apparente ; il adhère par sa face extérieure à l'intestin grêle et au mésentère. Tout le gros intestin est revenu sur lui-même et offre à peine le calibre de l'intestin grêle normal. Il contient une matière d'un blanc grisâtre, composée de mucus et d'épithélium.

Examen histologique. — Sur une coupe faite au niveau du rétrécissement, on voit la muqueuse infiltrée d'éléments embryonnaires, les glandes en partie détruites, mais sans grande altération ni ulcération de sa surface libre. Le tissu sous-muqueux, dont l'épaisseur a considérablement augmenté d'étendue par l'écartement des couches muqueuse et musculeuse, est complètement envahi par un stroma fibreux à larges mailles, dans lesquelles sont accumulées les cellules cancéreuses, les unes contenant un seul noyau, les autres deux.

Dans certains points, les noyaux sont seuls distincts, et le protoplasma de la cellule en dégénérescence muqueuse est devenu complètement transparent.

La couche musculeuse contient des cellules rondes, et çà et là les faisceaux musculaires sont écartés par des traînées de cellules cancéreuses. Dans la couche sous-péritonéale, qui est très épaisse (3 à 4 centimètres à l'œil nu), on voit du carcinome colloïde bien développé ; un stroma formé de très minces faisceaux fibreux dont les mailles sont entièrement remplies de substance colloïde très transparente, au milieu de laquelle on retrouve quelques débris transparents de cellules cancéreuses et quelques noyaux. Il s'agit ici d'un carcinome à développement annulaire.

Observation VII.

Carcinome colloïde du cæcum. — Mort par obstruction intestinale, par Jagot, externe des hôpitaux. (Bull. Soc. anat., 1880, p. 133.)

Dans le courant de décembre dernier, la femme Victorine X..., âgée de 36 ans, entre dans le service de M. Blachez, avec tous les symptômes d'une obstruction intestinale.

Cette femme, marchande des quatre saisons, n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde vers l'âge de 20 ans, elle a eu 4 enfants bien portants, mais elle accuse quelques habitudes alcooliques.

Depuis environ une année elle s'est beaucoup amaigrie, elle a eu fréquemment des vomissements bilieux ou alimentaires, des périodes de constipation alternant avec une diarrhée de plusieurs jours. Cette constipation rebelle cédait, cependant, toujours à la suite de purgatifs répétés et de lavements à la glycérine. Quinze jours environ avant son entrée, cet état s'était assez aggravé pour la forcer à garder le lit; les purgatifs cette fois n'avaient amené que quelques selles molles ou filiformes peu abondantes. Elle n'a jamais remarqué dans ses selles, ni sang, ni matières noires.

Le jour de son entrée, malgré une selle abondante, évacuée la veille, elle présentait tous les symptômes de l'occlusion, vomissements, facies abdominal, pouls filiforme, coliques intenses, ventre extrêmement ballonné; on voyait les anses intestinales se contracter sous la paroi abdominale.

Rien d'ailleurs du côté des anneaux.

Par le toucher rectal, on sentait la saillie du fond de l'utérus, pressant sur l'intestin et expliquant l'état rubané des matières fécales que signale la malade.

A la suite de purgatifs et de lavements à la glycérine, la malade eut le 1er janvier une véritable débâcle, 10 selles copieuses dans la journée. Elle avait eu la veille des vomissements fécaloïdes emplissant deux cuvettes.

Les vomissements cessèrent et l'état s'améliora, à ce point que la malade demanda sa sortie le 15 janvier.

Le diagnostic porté avait été, occlusion intestinale incomplète siégeant sur le gros intestin ou le bout inférieur de l'intestin grêle.

L'abondance des vomissements et l'extrême ballonnement du ventre justifiaient ce diagnostic de siège; quant à la cause de l'occlusion, elle

ne fut pas précisée et ne pouvait l'être en effet, comme nous le verrons.

La malade rentra au commencement de février présentant les mêmes symptômes que la première fois; elle eut encore quelques jours meilleurs à la suite du même traitement.

16 février. On observa un œdème du membre inférieur droit et un empâtement du côté de la fosse iliaque. Ces symptômes firent pencher le diagnostic vers une tumeur cancéreuse de l'intestin. La malade succomba le 21 février.

Autopsie. — Le cadavre était fortement amaigri. Les poumons étaient légèrement congestionnés. Le lobe supérieur du poumon gauche présentait un infarctus du volume d'une noix environ.

Le cœur était très petit, ses parois pâles et peu épaisses. C'était tout à fait le cœur des états cachectiques.

Le foie volumineux, extrêmement gras, présentait les caractères de la stéatose peri-lobulaire. La vésicule biliaire contenait une bile épaisse dans laquelle flottaient deux calculs de la grosseur d'un dé à jouer.

L'intestin grêle, fortement dilaté, gris bleuâtre, cachait absolument le gros intestin. Vers la partie inférieure de l'abdomen, on voyait sur la convexité des anses intestinales, un rare semis de granulations transparentes ressemblant à des tubercules crus.

En soulevant les anses intestinales, on trouve profondément, dans la fosse iliaque droite, le cæcum englobé dans une tumeur cancéreuse. Cette tumeur était limitée à l'intestin et fut facilement détachée de la paroi; elle comprend tout le cæcum et l'appendice iléo-cæcal, la valvule et une très petite partie de l'intestin grêle, le tout formant environ le volume du poing.

Le calibre de l'intestin admet difficilement le petit doigt. Le mésentère est semé, sur un quart environ de son étendue, de petites nodosités cancéreuses d'une grosseur variant entre une tête d'épingle et une petite noisette.

Le gros intestin est aplati, absolument vide et considérablement diminué de volume.

Quelques ganglions mésentériques sont tuméfiés et contiennent une substance ayant l'apparence du mastic.

Les ovaires sont également semés de petites tumeurs cancéreuses. Rien à la rate, aux reins, à la vessie, au cerveau.

Voici l'analyse histologique qu'en a bien voulu faire M. le Dr Latteux.

Analyse histologique. — Les pièces ayant été durcies par les procédés

habituels (alcool, gomme picriquée, alcool à 40°), des coupes ont été pratiquées en divers points.

L'examen a porté sur la tumeur de l'intestin proprement dit et sur la généralisation dans le mésentère et l'ovaire.

1° *Intestin.* — On observe sur une section perpendiculaire à la surface. *a* : des travées de tissu conjonctif, lâches et très irrégulières, formant des alvéoles de capacité très variable, et présentant dans l'épaisseur de leurs parois de petits noyaux allongés; *b.* dans l'intérieur, une substance amorphe, granuleuse, d'apparence colloïde, tenant en suspension un grand nombre de cellules; *c.* cellules : elles sont de formes très variées, généralement volumineuses et contiennent un noyau assez gros se colorant énergiquemenr par le picro-carminate.

La coloration paraît d'autant plus accentuée que le protoplasma de la cellule, en voie de dégénérescence graisseuse, ne prend aucune teinte Notons enfin que les alvéoles du carcinome présentaient, en plus, d'abondantes granulations graisseuses dispersées sans ordre dans la masse colloïde.

2° *Mésentère.* — Considérablement épaissi, il montre ses faisceaux conjonctifs écartés par le développement d'un tissu colloïde, analogue à celui que nous venons de décrire, mais à mailles plus petites et dans un état de régression moins avancé.

Le tissu adipeux de la région est, en plusieurs points, le siège de proliférations conjonctives abondantes.

3° *Ovaire.* — Nous avons retrouvé les mêmes lésions dans l'ovaire à un degré moins avancé.

4° *Foie.* — Cet organe ne présentait aucune trace d'envahissement. i était en état de dégénérescence graisseuse. Les cellules globuleuses renfermaient des gouttelettes huileuses, le noyau avait disparu.

Observation VIII traduite de l'anglais.

Cancer iléo-cæcal. — Perforation. — Péritonite générale. (Analyse.)

A Middlesex Hospital, à la fin octobre 1867 se trouvait un homme de 28 ans qui avait maigri pendant six mois et qui pendant trois mois avait souffert de douleurs abdominales, avait eu de la constipation et avait fréquemment vomi, pendant les trois dernières semaines l'abdomen avait subi un accroissement continuel de volume. Les anses intestinales se dessinaient sous la paroi abdominale, dans chaque crise de douleurs abdominales qui étaient fort vives.

La ponction n'amena que peu de soulagement et la mort ne tarda pas à survenir par péritonite due à la perforation de l'intestin.

A la valvule iléo-cæcale se trouvait un développement luxuriant d'un cancer épithélial. (Sidney Coupland et Henry Morris, in Bristish Medical Journal, p. 122, an. 1878.)

Observation IX.

Cas d'obstruction intestinale traitée par la gastro-entérotomie, par William Cayley et Georges Lawson, traduit de l'anglais (1).

Un compositeur d'imprimerie, W. M. H. C., âgé de 23 ans, d'habitudes régulières, fut admis à Middlesex hospital par les soins du docteur Cayley le 8 juin 1878.

Le patient n'a jamais souffert de coliques de plomb.

Il y a 18 mois, dans un effort, le malade sentit quelque chose s'affaisser dans son ventre, comme il le dit dans son récit : il s'évanouit et vomit : mais il se remit bientôt et ne sentit plus rien par la suite.

Six semaines avant son entrée il fut pris de constipation et de coliques très douloureuses.

Le 29 mai, pendant son travail, il éprouva des coliques beaucoup plus vives que les précédentes : il fut obligé de s'asseoir souvent : le soir il vomit plusieurs fois et remarqua que les matières vomies avaient une odeur fécaloïde.

Dans les trois jours qui suivirent, il fit de fréquents efforts pour vomir sans y réussir. Il ne prit aucune nourriture, excepté un peu de lait.

Les coliques continuèrent sans interruption : sulfate de magnésie et plusieurs lavements.

Etat à l'admission. — Le patient est de taille moyenne, maigre, convenablement musclé, pas d'anxiété, langue peu chargée, liséré bleu sur les gencives de la mâchoire inférieure.

Il se plaint de coliques persistantes dans le ventre surtout lorsqu'il se remue ; elles sont surtout marquées dans la région ombilicale, elles sont constantes et présentent souvent des exacerbations.

L'abdomen est considérablement distendu et quelque peu sensible à la pression.

A la percussion : résonnance tympanique à l'épigastre, moins à l'ombilic. La circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic est de 33

In Transactions of the clinical Society of London, vol. XII, p. 74.

pouces. Au milieu, entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, elle est de 33 pouces 1/2.

Le patient éructa beaucoup de vent, mais il n'en passa pas du tout par l'anus sauf le 29.

L'urine est abondante : 1037 grammes sans albumine.

Pouls 108, respiration 24, T. 99,2.

Le patient fut placé sur les coudes et les genoux, et un lavement d'eau chaude fut administré par un siphon d'un vase élevé de 18 pouces au dessus du niveau de l'anus: il ne fut pas possible d'introduire plus de 2/4 de liquide qui causa au patient une angoisse considérable par surdistension de l'intestin. Le lavement revient complètement dépourvu de matières fécales : il fut alors placé sur son dos, et un nouveau lavement fut administré de la même façon, le courant d'eau introduit dans l'intestin au moyen du siphon ayant été gardé pendant une demi-heure, la quantité retenue ne s'éleva pas encore au dessus de 2/4.

A l'auscultation pendant l'injection, on crut que le gargouillement de l'eau pouvait être entendu jusqu'au cæcum : mais l'observation était cependant sujette à erreur.

Le toucher rectal donna des résultats négatifs.

Les coliques furent calmées pendant quelque temps; mais dans l'après-midi elles devinrent de nouveau vives, et l'on ordonne un demi-grain d'opium toutes les quatre heures.

Le soir on donna un autre lavement qui revint tel qu'il avait été pris.

4 juin, pouls 100, T. 98,8.

Le patient a passé une bonne nuit : douleur moins vive, mais pas de vents. Il est passé 10 onces d'urine dans la nuit. La distension du ventre s'est accrue. Circonférence à l'ombilic: 33 pouces. Entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde 34. Le tympanisme existe partout, sauf sur les flancs et près du ligament de Poupart du côté gauche.

Un lavement d'eau donné comme précédemment revient tel qu'il a été donné. Le patient prend quelque peu de lait et de thé de bœuf dans la journée; il ne vomit pas, mais le soir la douleur autour de l'ombilic devint plus forte.

Pouls 99, T. 99,4, un gramme d'ext. d'opium, fomentations chaudes.

Le 5. Pouls 104, T. 99. Douleur plus forte. A 6 heures du matin le malade a vomi 3 onces d'un liquide jaune à odeur fécaloïde, 1037 grammes d'urine en vingt-quatre heures avec la réaction caractéristique de l'indican.

Lawson pratiqua le toucher rectal: il crut sentir une petite masse à l'extrémité supérieure du rectum, et il ramena une petite masse de matière fécale fixée à l'extrémité de son doigt.

Il fit donner un lavement d'huile d'olive, puis administra par le moyen du siphon un lavement qui fut maintenu pendant 40 minutes, et dont le malade ne garda que 1/4 qui revint d'ailleurs inaltéré.

Durant l'administration de ce lavement le malade se plaignit de douleurs générales et d'un point douloureux entre l'ombilic et le centre du ligament de Poupart du côté droit. Pendant le jour il vomit de nouveau un fluide floconneux et jaunâtre à l'odeur fécaloïde.

Le 6. Pouls 96. T. 99,6.

Langue sèche, ventre accru, circonférence à l'ombilic 34 1/2, au-dessus de l'ombilic 35.

Fluctuation légère à la partie inférieure du ventre, où il y a en même temps un peu de mollesse.

Le patient vomit par intervalles des matières à odeur fécaloïde.

De ce que la température s'élève pendant la nuit, de la mollesse légère et du commencement de fluctuation on peut conclure que la péritonite commence à se développer: en conséquence on juge de ne plus différer l'opération.

Opération: M. Lawson fait une incision le long de la ligne blanche, commençant à l'ombilic et ayant 3 pouces de long.

A l'ouverture abdominale il s'échappa une quantité de fluide séreux et les replis de l'intestin apparurent grandement distendus et congestionnés, ayant une apparence veloutée et rouge, mais toujours brillante et sans aucun dépôt.

L'incision élargie en haut et en bas, Mr Lawson introduisit la main dans l'abdomen et sentit une portion de l'intestin fortement distendue.

Il explora toute la cavité abdominale et ne découvrit aucun lien de constriction ni invagination. Il retira alors une portion considérable du petit intestin hors de l'abdomen, et introduisant de nouveau la main il ne découvrit rien qu'une immense distension d'une partie de l'intestin.

On fit une ponction avec un large crocart, et on ouvrit ainsi un vaste réceptacle pleins de matières fécales liquides : un drain fut placé et le tout, intestin et paroi abdominale, refermé par des sutures.

Le patient fut couché, et on lui donna un grain d'opium toutes les quatre heures.

La nuit fut tranquille: le patient eut à peine quelques douleurs, mais il était très affaissé et vomit plusieurs fois.

Mais ces vomissements n'étaient plus fécaloïdes, ils furent probablement dus à l'anesthésie.

Une décharge profuse de fèces liquides se fit à travers le tube.

Pouls 160 petit et dur T. 103.

Le soir: T. 99, pouls 144.

Il continue à être très affaissé.

Le 8. Pouls 144 très dépressible et faible.

T. 99, contenance abattue, langue sèche, ventre très distendu, respiration difficile, plus de vomissements. Il sort quelques vents par l'anus. Abondante décharge par le tube.

Le 9. Bonne nuit, pouls meilleur, respiration plus facile, contenance moins abattue, vents, pas de vomissements.

Le 10. L'amélioration continue, mais le malade est tourmenté par des flatuosités et des éructations. Maux de cœur. T. 99°.

Le 11. Pouls, 120; T. 98°.

Il passe une abondante quantité de matières semi-fluides par l'anus. La décharge par le tube diminue beaucoup. Amélioration rapide.

Le 13. La distension de l'abdomen subsistait : on perçoit une masse arrondie dans la fosse iliaque droite, qui n'était pas très tendue. Matité.

Le 20. Il passe pour la première fois des selles solides par l'anus.

La petite masse dure qui se trouvait dans la fosse iliaque droite est restée sans modification aucune. On peut facilement la sentir au toucher rectal à travers les tuniques intestinales sur les bords du bassin.

Le 9. Le malade part en convalescence; la masse de la fosse iliaque droite est toujours présente, bien qu'un peu réduite de volume. Trois jours après son départ, il fut pris d'une douleur abdominale paroxystique, qui devint chaque jour plus vive. Evacuations peu abondantes et difficiles. La fistule se rouvre.

Rentrée à l'hôpital.

A son arrivée, le malade présente un ventre fortement distendu. La colique est vive. Il ne peut prendre aucune nourriture. Il maigrit et perd ses forces.

La tumeur de la fosse iliaque s'accroît; lavement.

5 novembre. Lavement d'huile d'olive et d'orge suivi deux heures après d'un autre lavement d'huile d'olive et d'orge. Faible évacuation de matières fécales.

L'injection fut répétée le 13 et le jour suivant. Le malade, un peu rétabli, est capable de se lever et de marcher un peu dans la salle.

La tumeur semble diminuer un peu.

Le 22. Le patient est de nouveau troublé; constipation, distension de l'abdomen, accompagnée de vomissements d'un liquide verdâtre jaune. Il ne peut prendre de nourriture.

Lavement composé de sulfate de magnésie, de coloquinte, de belladone, de décoction d'orge.

La constipation revenant constamment accompagnée d'une grande distension du ventre et le malade le demandant, la colotomie droite devient nécessaire.

Remarques. — Nous ne savons quelle a été l'issue de cette opération : nous ne savons, par conséquent, pas si l'on a fait l'autopsie du sujet : mais nous pensons que les symptômes observés permettent de diagnostiquer une tumeur cancéreuse siégeant dans le voisinage de la valvule iléo-cæcale.

L'amaigrissement, les coliques vives persistantes, les douleurs ombilicales, les vomissements fécaloïdes, la constatation d'une tumeur à la fosse iliaque droite, la constipation opiniâtre revenant malgré tous les traitements, la localisation accusée par l'injection au moyen du siphon et enfin l'exploration directe de M. Lawson qui ne lui laisse voir aucune cause d'obstruction intestinale, tout cela ne permet-il pas d'attribuer au cancer de la fin de l'intestin grêle tous les désordres observés ?

Observation X.

Cancer de l'iléon, obstruction intestinale, péritonite terminale.

Observation communiquée par M. Du Castel.

Laffon (Félix), 47 ans, relieur, entré le 6 avril, salle Saint-Luc, nº 11, service de M. le professeur Potain.

Bonne santé habituelle ; depuis huit mois, tic douloureux de la face. Depuis un mois, digestions difficiles ; douleur vive épigastrique donnant lieu à une sensation de barre.

Depuis quinze jours, constipation très accusée ; le malade n'a de garde-robes que tous les quatre ou cinq jours, peu abondantes. Depuis trois jours, pas de selles, pas de rejet de gaz par l'anus depuis l'entrée ; ventre très ballonné ; coliques vives ; anses intestinales dessinées sous la peau ; douleur généralisée à tout l'abdomen. P. 64.

Toucher rectal : rien d'anormal, rectum vide de matières. Soir : P. 106 ; T. 40°.

A partir du 7 avril, matin et soir, irrigation forcée dans le rectum ; il pénètre de 2 et demi à 3 litres d'eau, celle-ci ressort légèrement teintée par la bile sans provoquer de garde-robes.

Traitement. — Médecine noire : infusion de café noir.

Les 8 et 10. Pas de selles. Quelques vomissements d'odeur légèrement fécaloïde. La fièvre est tombée. Soir et matin, électrisation avec la grande pile d'Onimus ; un électrode dans le rectum, l'autre sur la région épigastrique et périombilicale.

Pas de selles ; facies abdominal ; refroidissement et légère cyanose des mains et des pieds.

Le 11. Hoquet persistant. Ballonnement extrême du ventre. T. 39,6 ; P. 92. Mort.

Autopsie. — Cavité abdominale : injection générale du péritoine et des anses intestinales plus prononcée vers la fosse iliaque droite.

Les anses sont légèrement soudées les unes avec les autres ; il n'y a pas de fausses membranes épaisses ; pas de productions purulentes.

L'intestin grêle est considérablement dilaté dans toute son étendue, de même que l'estomac ; il est friable et se laisse facilement déchirer ; le gros intestin est, au contraire, revenu sur lui-même.

L'intestin grêle contient une quantité considérable de matières très liquides et jaunes ; dans le gros intestin, amas de matières fécales molles et jaunes.

L'origine de l'étranglement se trouve au niveau de l'union de l'intestin grêle et du gros intestin ; c'est une tumeur cancéreuse à surface molle et bourgeonnante, ayant envahi tout le pourtour de l'intestin grêle et rétréci tellement sa cavité, que c'est à peine si on peut y passer le petit doigt.

Foie, *reins*, *rate* normaux.

Cœur petit.

Poumons. — Foyer cancéreux enkysté du volume d'une noisette au sommet du poumon gauche.

Observation XI.

Due à M. Du Castel.

Gendarme (Marie), 47 ans, concierge, entrée le 3 avril 1879, salle Sainte-Adélaïde, n° 4, service de M. le professeur Potain.

Habituellement bien portante, n'ayant aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel ; cette femme est souffrante depuis six mois.

Depuis cette époque, elle a vu son appétit diminuer, ses digestions devenir pénibles. Depuis deux mois, elle a été prise de vomissements bilieux d'abord, puis alimentaires. Jamais elle n'a rejeté de sang pur, mais à trois reprises différentes, dans le mois qui a précédé son entrée, elle a eu des vomissements marc de café, à la suite desquels elle a été prise de mélæna. La constipation est habituelle; depuis six semaines sont survenus des accès de gastralgie violente avec sensation de brûlure, de pincements.

A son entrée à l'hôpital, la malade est amaigrie, pâle, sans teinte cancéreuse ou subictérique prononcée; les phénomènes dyspeptiques sont très accusés, mais depuis douze jours il n'y a pas eu de vomissements.

La région épigastrique est douloureuse à la pression, mais sans induration; le ventre est ballonné, souple, dépressible; la fosse iliaque droite est sensible, mais on n'y constate pas de tumeur.

Le diagnostic reste incertain, bien qu'il soit évident qu'on se trouve en présence d'une affection des voies digestives, entraînant à sa suite la cachexie; mais on ne peut en préciser ni le siége, ni la nature; on croit à un cancer, mais on se demande s'il siège sur l'estomac ou sur l'intestin.

Dans les jours qui suivent, l'entrée de la malade à l'hôpital, l'amaigrissement augmente; les phénomènes dyspeptiques restent très accusés; l n'y a ni vomissements, ni hématémèse, ni mélæna, mais des alternatives de constipation et de diarrhée.

Le 29 avril, on constate un léger degré d'ascite; la malade se plaint de douleurs sourdes, continues, occupant la fosse iliaque droite; à ce niveau, on sent une rénitence profonde, mais pas de tumeur nettement dessinée.

Traitement. — Vésicatoire au niveau de la fosse iliaque droite, régime lacté, opium.

6 mai. Ascite considérable; œdème des membres inférieurs; cachexie extrême avec teinte jaune-paille; douleurs plus vives dans la fosse iliaque droite; constipation,

Le 12. Erysipèle autour du vésicatoire, vomissements incoercibles bilieux.

Le 16. Mort.

Autopsie. — *Péritoine.* — Epanchement séreux trouble, abondant, environ 4 à 5 litres.

Anses intestinales soudées entre elles par des fausses membranes fibrinopurulentes. Congestion considérable et généralisée de l'intestin. Noyau cancéreux sur le grand épiploon. Ganglions cancéreux. Uretère droit comprimé à sa partie moyenne par une masse cancéreuse volumi-

neuse, développée sur la fin de l'intestin grêle, à son point de jonction avec le gros intestin.

La masse cancéreuse a envahi toute la paroi intestinale et forme un cylindre absolument rigide, qui occupe les cinq derniers centimètres de l'intestin grêle ; le tissu de nouvelle formation est ferme, blanchâtre, criant sous le scapel.

Le canal, resté perméable, est extrêmement étroit ; son orifice supérieur mesure à peu près 5 millimètres de diamètre. La valvule de Bauhin, devenue cancéreuse, forme une bride transversale au niveau de son orifice inférieur ; au-dessus du rétrécissement sont arrêtés des pépins d'orange et un noyau de cerise.

Poumons sains.

Cœur petit, mou.

Foie gras.

Aorte légèrement athéromateuse,

Rate, quelques taches ecchymotiques à la surface.

Observation XII.

Occlusion intestinale causée par un épithélioma, situé à la fin de l'iléon, près de la valvule de Bauhin et consécutif à la dysenterie, par Olivier Leudet, externe des hôpitaux (in Bull. Soc. anat., 1881).

Charpe (Alexandre), tailleur de pierre, âgé de 63 ans entre le 9 décembre 1880 à l'hôpital Necker, salle Saint-Luc, n° 5, service du professeur Potain.

Pas d'antécédents héréditaires de tuberculose; dysenterie de quatre à à cinq jours il y a cinq ans.

Il y a six semaines, sans cause appréciable, il a été pris de douleurs dans lecôté droit, au niveau des dernières côtes, et, enfin d'une constipation qui, d'abord, céda aux purgatifs et aux lavements.

Actuellement, il se plaint d'une douleur persistante au niveau de l'ombilic ; il n'a pas été à la garde-robe depuis vingt et un jours. Il a rendu des gaz. Le malade n'a pas eu de vomissements et il mange très peu de peur d'exaspérer cette douleur.

A la palpation, le ventre est dur, il y a du météorisme; il n'y a pas de tumeur, quelques ganglions engorgés.

Au toucher rectal, il y a une sorte de coarctation du rectum, à 10 centimètres au-dessus de l'anus.

Pas d'obstruction du côté du cæcum. Rien au foie. Rien au cœur

ainsi qu'à l estomac. Il n'y a pas d'amaigrissement très notable et pas d'œdème des membres inférieurs.

Pendant son séjour à l'hôpital, on ne peut rendre libre cours au matières fécales ; les lavements et les purgations ne réussissent pas, peu à peu le malade tombe dans un état adynamique profond, facies hippocratique, la langue et les lèvres s'encroûtent de fuliginosités et le malade meurt le 17 décembre.

Autopsie faite le 19 décembre. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve les signes d'une péronite généralisée. Les anses de l'intestin grêle sont dilatées.

On ne trouve point de volvulus, mais, en soulevant le paquet intestinal, on rencontre à la fin de l'intestin grêle, dans la dernière partie de l'iléon, au niveau de la volvulus iléo-cæcale dite de Bauhin une tumeur noirâtre, hérissée de bourgeons charnus, obstruant complètement le calibre de l'intestin à cet endroit.

Cette tumeur non fluctuante est très consistante, et quand on verse de l'eau à la partie supérieure, le liquide ne peut pas passer à travers cette tumeur.

On comprend que les matières fécales n'ont pu se frayer un passage, c'est ce qui n'aurait pu arriver que dans le cas de ramolissement, de dégénérescence colloïde, par exemple, de la tumeur. Alors il y aurait eu le cours rétabli, probablement momentanément seulement, des matières; peut-être, cette tumeur s'était-elle ramollie déjà, quand la première fois, suivant les renseignements obtenus du malade, la constipation céda aux purgatifs.

M. Malassez, chef du laboratoire d'histologie du collège de France, consulté par nous, a eu l'obligeance de nous dire qu'il pensait qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules cylindriques qui serait survenu à la suite de la dysenterie.

Observation XIII.

Cancer de l'iléon, mort par cachexie.

Obs. due à M. Du Castel.

Blancpied, 58 ans, palfrenier, entre le 15 mai 1880, salle Saint-Luc, service de M. le professeur Potain. Ce malade entre pour être soigné d'une polyurie sans albuminurie remontant à plusieurs années et pour laquelle il a été déjà traité à plusieurs reprises par M. le professeur Potain.

Depuis quelque temps il a pâli ; maigri rapidement. Il se plaint de troubles dyspeptiques, il est sujet à la diarrhée.

Après l'entrée du malade l'amaigrissement et la pâleur augmentent rapidement l'appétit se perd, il n'y a pas de vomissements.

A la fin du mois d'août, on constate pour la première fois l'existence d'une tumeur dure, ligneuse, siégeant dans la fosse iliaque droite dans une région qui paraît correspondre à l'union de l'intestin grêle et du gros intestin, un peu inégale. Pas de phénomènes douloureux, pas de selles sanglantes, pas de mélæna, de temps à autre un peu de diarrhée.

La polyurie est moins abondante, indigose urinaires très nette.

A la fin de septembre l'amaigrissement n'a fait qu'augmenter : la tumeur est grosse comme une mandarine, inégale, très dure, pas douloureuse. La teinte cachectique s'accentue, le malade vomit assez fréquemment le lait et les aliments sans qu'il y ait aucun signe manifeste d'étranglement intestinal. Pas d'œdème cachectique ; à partir de cette époque la cachexie va augmentant progressivement. Le malade devient sujet à la diarrhée, a de temps à autre des accès de vomissements.

Il meurt le 4 février 1881, arrivé au dernier degré de la cachexie.

Autopsie. — Epithélioma dur, bourgeonnant reposant sur un fond fibreux occupant la fin de l'intestin grêle à l'union du gros et du petit intestin.

Observation XIV.

Cancer iléo-cæcal. — Mort par diarrhée incoercible.

Due à M. Du Castel.

Larochette (Henri), 76 ans, entré salle Saint-Luc, n° 10, le 17 octobre service de M. le professeur Potain. D'une bonne santé habituelle, L... a commencé à ressentir vers Noël dernier des pesanteurs d'estomac ; six semaines après, il constatait la présence dans l'hypochondre droit d'une tumeur du volume d'une noix. La tumeur a depuis lors augmenté progressivement et, sans cesse ; au mois de février, apparition de vomissements muqueux et bilieux, se produisant principalement le matin, appétit à peu près conservé. En avril, appétit diminué : vomissements alimentaires. La tumeur devient douloureuse.

D'avril en juillet, amélioration sous l'influence du traitement, suspension de vomissements ; en juillet, réapparition de vomissements alimentaires et bilieux, anorexie, garde-robes noires, pas d'hématémèse. Con-

stipation, affaiblissement progressif, à l'entrée à l'hôpital, teinte jaune-paille des téguments, maigreur modérée.

Au palper, tumeur dure, bosselée, occupant tout l'hypochondre droit, douleur vive à la pression, rien dans les organes extra-abdominaux, le soir de son entrée, le malade est pris de diarrhée incoercible et meurt trois jours après dans le coma.

Autopsie. — Cavité abdominale. — Quelques granulations cancéreuses à la surface du péritoine.

Les ganglions mésentériques envahis par la dégénérescence cancéreuse forment des masses considérables qui entourent l'intestin par place, mais sans en diminuer sensiblement le calibre et sans qu'elles aient amené de gêne notable à la circulation des matières intestinales. La fin de l'iléon et la partie inférieure du cæcum sont le siège d'une dégénérescence cancéreuse qui a converti leurs parois en une masse rigide nacrée.

La valvule de Bauhin est soudée aux parois et laisse un canal facilement perméable. Le cæcum est couvert de champignons cancéreux et rempli de matières fécales et de cybales.

L'intestin grêle est dilaté au voisinage de la valvule iléo-cæcale ; le gros intestin est revenu sur lui-même.

Autres organes, rien de notable.

Observation XV.

Cancer de l'intestin grêle par M. Chenet, interne. (In Bull. Soc. anat., 1875, p. 299.)

H..., 44 ans, marchand des quatre saisons, entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 18 mars 1875 (service de M. P. Proust), mort le 27 avril. Cet homme, malade depuis un an environ, avait eu déjà, avant son entrée à l'hôpital, cinq hémorrhagies par l'anus. Il avait maigri beaucoup et se plaignait d'une diarrhée continuelle s'accompagnant assez souvent de coliques. Le ventre était douloureux, surtout au niveau de l'hypochondre droit.

Le foie avait son volume normal, mais au-dessous de lui, on limitait assez facilement par la percussion et la palpation une tumeur formée, sans doute par l'accollement de plusieurs anses intestinales. L'état général, mauvais au moment de son entrée, alla chaque jour en s'aggravant. Le malade mourut le 27 avril, après avoir eu encore deux hémorrhagies intestinales, dont la dernière eut lieu la veille et le jour même du décès.

A *l'autopsie* nous avons trouvé environ un litre de liquide sanguinolent

dans le péritoine. Le foie très volumineux, décoloré, graisseux, présentait au niveau de son bord tranchant des adhérences avec des anses d'intestin grêle. Quelques ruptures s'étaient faites dans les fausses membranes, au moment où l'on rejetait la paroi abdominale sur les côtés, et l'on pouvait déjà constater l'existence à ce niveau d'une cav it renfermant des matières noirâtres très fétides. Cette poche artificielle fendue, on voit que sa face interne, inégale, tomenteuse, formée en partie des masses bourgeonnantes, en partie tapissée par des grumeaux de matières noirâtres, présente plusieurs ouvertures, l'une à droite, l'autre en haut, une troisième à gauche. La première et la dernière conduisent directement dans l'intestin grêle; en les fendant, on arrive bientôt sur la muqueuse intestinale, et l'on peut suivre par en haut et par en bas le canal digestif. A leur niveau, il n'existe du reste qu'un rétrécissement insignifiant de l'intestin. La troisième ouverture, située en haut, conduit dans la vésicule biliaire dont le fond a été détruit. Nous nous trouvons donc en présence d'une poche artificielle formée par des anses intestinales accollées, et par la face inférieure du foie. L'intestin a complètement disparu dans l'intervalle qui sépare les deux ouvertures de droite et de gauche, c'est-à-dire environ quinze centimètres et les matières pouvaient s'arrêter à ce niveau dans une cavité accidentelle. La masse tout entière enlevée, on fend l'estomac dont la face interne est saine, mais soulevée au niveau du pylore par une masse ganglionnaire du volume d'une mandarine. Le duodénum est sain également, sauf dans sa troisième portion qui est ulcérée de dehors en dedans en deux points. Le reste de l'intestin est sain, rouge et injecté par places. Le cancer siège sur les dernières portions de l'intestin grêle. Le gros intestin est sain. Le pancréas est en dehors de la lésion. Les reins ont subi un commencement de dégénérescence graisseuse.

Il s'agit donc d'un cancer primitif de la dernière portion de l'intestin grêle.

Observation XVI.

Occlusion intestinale par un cancer de la valvule de Bauhin, ayant amené l'invagination de la portion terminale de l'iléon, du cæcum et du côlon ascendant dans le côlon transverse, par le Dr Decker, à Bex.

La patiente, Rosine M.... 58 ans, avait toujours joui d'une assez bonne santé jusque vers le mois de janvier 1879. A cette époque elle commença à ressentir de vagues douleurs dans la moitié droite de l'abdomen surtout dans la région hypogastrique; rapportant ces accidents à

une constipation qui existait depuis longtemps, mais qui avait augmenté depuis l'apparition des douleurs abdominales elle prit, de son chef, des laxatifs qui lui procurèrent un soulagement momentané. Au bout de quelques mois cependant, comme les douleurs de ventre augmentaient et se compliquaient parfois de vomissements, la malade consulta un médecin qui, après examen, pensa qu'il s'agissait d'une affection hépatique au début, probablement de nature cancéreuse.

La première fois que j'eus l'occasion de voir la femme M... C'était au commencement du mois de septembre dernier.

Alitée depuis plusieurs jours, elle était en proie à de vives souffrances revenant par accès très rapprochés et partant d'un point situé à droite et un peu au-dessus de l'ombilic, pour s'irradier de là dans tout l'abdomen ; ce dernier était ballonné, tendu, excessivement douloureux à la pression, tellement que la palpation et la percussion étaient impossibles ; il y avait des vomissements répétés ; le pouls était petit, fréquent ; le facies hyppocratique ; en un mot, cette femme présentait les symptômes essentiels de la péritonite aiguë ; mais il n'y avait pas trace de fièvre.

Cet état grave s'améliora au bout de quelques jours, et l'on pouvait, dès lors, reconnaître par la palpation l'existence d'un empâtement de la grandeur de la paume de la main environ, situé au-dessous du rebord costal droit ; cependant la douleur à la pression était encore si grande qu'on ne pouvait pas se faire une idée exacte des rapports de cette résistance anormale avec les différents organes de la région. Vers la fin de septembre, la douleur ayant notablement diminué, une palpation méthodique permettait de reconnaître dans l'hypochondre droit l'existence d'une tumeur un peu moins volumineuse qu'une tête de fœtus à terme, mate à la percussion, de consistance dure, à peu près arrondie, présentant par place de petites bosselures. Cette tumeur que l'on pouvait, sous les parois abdominales, facilement déplacer de plusieurs centimètres dans toutes les directions, surtout de haut en bas, était complètement indépendante du bord inférieur du foie dont elle était séparée par une zone tympanique dans laquelle il était très facile de déprimer profondément les téguments abdominaux. Dans les autres portions du ventre, on ne trouvait rien d'anormal. En présence de ces symptômes, quel diagnostic fallait-il poser, de quelle nature était la tumeur, à quel organe appartenait-elle ?

Une affection hépatique ne pouvait être admise, par ce fait que la palpation montrait que le foie était complètement séparé de la tumeur.

Une affection du rein droit n'était pas probable non plus, car si cet

organe était à sa place habituelle, la tumeur était beaucoup trop mobile pour lui appartenir ; si d'un autre côté, il s'agissait d'un rein disloqué, étant donnée la grande facilité de mobiliser la tumeur, qui était, du reste, trop grosse et trop dure pour un rein normal, il eût fallu pouvoir facilement refouler cette tumeur en arrière dans la profondeur de la région lombaire droite, ce qu'il n'était absolument pas donné de faire.

Une possibilité pouvait encore être prise en considération dans l'établissement du diagnostic différentiel ; la grande consistance, la forme générale, les bosselures de la surface, la mobilité de la tumeur pouvaient faire penser à un de ces fibroïdes utérins sous-péritonéeaux pédiculés qui, par suite de processus inflammatoires divers, contractent des adhérences avec un organe de l'abdomen plus ou moins éloigné et finissent par se détacher de leur insertion primitive pour vivre aux dépens et par l'intermédiaire des connexions nouvelles qu'ils ont contractées. Cette supposition venait à l'esprit d'autant plus naturellement dans le cas spécial que l'examen par le vagin démontrait l'existence de plusieurs fibroïdes utérins, dont un du volume d'un gros œuf de poule, logé dans la paroi postérieure de l'utérus ; cependant le développement de la tumeur, trop rapide pour un fibroïde détaché de son insertion primitive, les douleurs considérables que la malade ressentait, les vomissements, etc..., permirent d'écarter cette hypothèse pour rapporter le point de départ de la lésion à l'intestin ou à l'épiploon.

Dans le courant d'octobre, de nouveaux signes anormaux venaient s'ajouter aux précédents et montrer que l'intestin était bien réellement en cause. Les selles devenaient de plus en plus rares ; à peine y avait-il quelques cybales tous les sept à huit jours ; il y avait souvent des vomissements ayant une fort mauvaise odeur, que je ne voudrais cependant pas taxer de fécaloïde. D'un autre côté, le ventre prenait un aspect tout particulier, et ayant la plus grande importance sémiotique ; trois ou quatre fois d'abord dans la journée, plus tard beaucoup plus souvent, au milieu de coliques extrêmement douloureuses, le paquet des intestins grêles pendant quelques minutes, était agité de mouvements péristaltiques d'une intensité telle que je n'en ai jamais vu de pareille. Les boudins intestinaux se tordaient littéralement comme des reptiles, brassant à grand bruit les gaz et les liquides qu'ils contenaient. Ces anses météorisées se dessinaient si bien sous la paroi abdominale qu'on en pouvait facilement suivre les contours et les mouvements. Au bout de quelques instants tout rentrait dans le calme, les douleurs cessaient, le ventre redevenait souple et uni.

En présence de cet ensemble de symptômes, le diagnostic, *occlusion*

intestinale, parut être à l'abri de contestation. Mais quelle était la cause de l'occlusion, de quelle nature était la tumeur que l'on sentait à travers les parois abdominales? Telles étaient les questions qu'il fallait résoudre pour pouvoir intervenir d'une manière active et efficace ou justifier une non-intervention.

Il était naturel de supposer, étant donné le diagnostic d'occlusion intestinale, que la tumeur existant dans le flanc droit pouvait résulter de l'accumulation des matières fécales retenues au-dessus de l'obstacle comme par un barrage ; la pression du doigt sur cette masse ne permettait pas, il est vrai, d'y creuser une fossette, mais ce fait pouvait tenir à ce que ces matières, qui stagnaient depuis longtemps, s'étaient considérablement durcies. Le moyen de trancher la question était simple à trouver ; il fallait donner des laxatifs. De fortes doses d'eau minérale purgative furent prescrites ; elles furent en partie vomies, en partie supportées. Le résultat prochain de cette manière de faire fut d'augmenter considérablement les coliques et les mouvements péristaltiques ; par l'anus il ne s'échappa pendant cinq jours que peu de liquide, dans lequel nageaient quelques cybales.

J'allais renoncer au diagnostic de tumeur fécale, lorsque tout à coup il y eut une débâcle considérable. De grandes quantités de matières rudes furent rendues et bientôt après on pouvait constater que la tumeur abdominale avait diminué des trois quarts au moins. Restait un petit noyau qu'il ne fut pas possible de faire disparaître les jours suivants.

Sur ces entrefaites, la malade se trouvant beaucoup mieux, avait repris ses occupations ; les forces revenaient, et, chose digne d'être notée, les selles avaient repris un cours régulier.

Jusqu'au mois de janvier, je perdis de vue cette femme, sans avoir pu fixer la cause de l'occlusion, qui ne résultait évidemment pas d'une simple stagnation des matières fécales ayant obturé le canal de l'intestin, puisque, après évacuation de ces matières, il restait encore un noyau dur qu'il était impossible de faire disparaître. Dans ce noyau était la cause du mal, mais quelle était cette cause ? Les anamnestiques ne disaient pas grand chose concernant un ancien exsudat péritonéal, une bride, une adhérence, etc. Cependant cette femme déclarait avoir dû, quelques années auparavant, garder le lit pendant quinze jours pour de violents maux de ventre, contre lesquels on lui avait prescrit des sangsues et des cataplasmes. Mais une fois guérie de cette maladie elle n'avait jamais rien ressenti de particulier dans l'abdomen jusqu'au début de son mal actuel.

Dans le facies de cette femme il n'y avait rien qui rappelât la cachexie cancéreuse ; jamais il n'y avait eu de selles hémorrhagiques. Ajoutons cependant qu'une de ses sœurs a été opérée d'un cancer du sein.

Au milieu de janvier dernier, je fus rappelé auprès de la patiente qui souffrait de nouveau beaucoup, vomissait souvent, et depuis quelques jours était atteinte de diarrhée. L'examen local permit de constater que la tumeur, qui s'était déplacée vers la gauche, se trouvait maintenant directement au-dessus de l'ombilic; elle avait de nouveau un peu augmenté de volume et avait pris une forme cylindrique à direction horizontale. De nouvelles doses d'eau purgative amenèrent encore des matières dures et réduisirent le volume de la tumeur très notablement; cependant restait toujours ce noyau qui pouvait déjà être senti après la première débâcle fécale.

Cette petite tumeur, grande comme un œuf de poule, était toujours très mobile et avait ceci de remarquable qu'elle s'avançait lentement vers la gauche, si bien que vers la fin de janvier, elle occupait à peu près la région de l'angle gauche du côlon ; à droite de la tumeur et se contiuuant avec elle dans la direction du côlon transverse, on sentait une résistance molle, cylindrique. qui n'était presque plus perceptible à la hauteur de la ligne ombilicale.

Malgré cette nouvelle désobstruction, les symptômes de l'occlusion ne diminuèrent pas, l'intestin, animé de mouvements péristaltiques de plus en plus violents, semblaient se débattre contre un obstacle toujours plus difficile à surmonter ; les maux de ventre ne laissaient pas un moment de repos à la patiente ; à peine au moyen de fortes doses de morphine, arrivait-on à calmer un peu les douleurs. Cette pauvre femme qui n'osait plus manger dans la crainte d'augmenter ses souffrances, réclamait à grands cris un soulagement à ses maux, fût-ce même au prix d'une opération grave.

Estimant d'un côté que le mal, abandonné à lui-même, le pronostic était absolument mortel ; espérant, d'un autre côté, sans y compter beaucoup cependant, que la cause de l'occlusion était extra-intestinale et accessible aux moyens chirurgicaux, je me décidai, après avoir pris l'avis d'un collègue, à pratiquer une laparotomie, opération qui fut exétée le 2 février.

L'incision abdominale, d'environ 12 centimètres de longueur, fut pratiquée à gauche de l'ombilic un peu en dedans de la région où l'on sentait la petite tumeur dure. Le péritoine ouvert, le grand épiploon et quelques anses d'intestin grêle qui se présentaient à la plaie furent écartés ; la main plongée dans la cavité péritonéale ramena au niveau

de l'incision abdominale la tumeur qui se présentait comme suit : dans la dernière partie du côlon transverse, dont les parois paraissaient du reste normales, sauf en haut. existait une masse dure, élastique, grosse comme un petit œuf, se continuant à droite, dans la partie du côlon transverse accessible au toucher, par une masse plus molle qui faisait l'impression d'être soudée avec la portion supérieure de la paroi colique. Pendant l'examen de l'organe malade, une partie de l'intestin grêle fut chassée hors de la cavité abdominale par des efforts de vomissements. Après reposition de l'intestin prolabé et nouvel examen du côlon, il fut admis que la tumeur intra-intestinale partait de la muqueuse et était probablement de nature cancéreuse.

Un instant, la question de la création d'un anus artificiel fut agitée mais étant donnée la nature du mal on préféra s'abstenir. Il fallut se résigner à recoudre d'abord le péritoine avec du catgut, puis les lèvres de la plaie cutanée qui furent réunies au moyen de quelques sutures métalliques. Un pansement de Lister fut appliqué et fixé sur la plaie au moyen d'un bandage de corps.

L'opération dura en tout environ une heure et pendant trois quarts d'heure l'intestin fut en contact avec l'air atmosphérique, protégé, il est vrai, par une pulvérisation d'eau phéniquée à 2 0/0, que l'on ne termina que lorsque le pansement fut apppliqué.

Bientôt après l'opération, des vomissements violents, dus au chloroforme, firent craindre une rupture des points de suture.

Les points cutanés tinrent bon heureusement ; mais une bonne partie de la suture péritonéale ne pût résister à l'effort, ainsi que le démontra plus tard l'autopsie.

Ce premier mauvais moment passé, tout rentra dans l'ordre, et jusqu'au sixième jour où l'on enleva les sutures, il n'y eut pas un seul instant des accidents de péritonite, jamais trace de fièvre, pas une goutte de pus. Tout se passa comme s'il se fut agi d'une simple plaie de la peau.

Naturellement, l'affection pour laquelle l'opération avait été tentée, continua sa marche; les douleurs furent calmées autant que possible par de fortes doses de morphine ; la malade, qui mangeait de moins en moins, s'affaiblit toujours davantage et finit par mourir d'inanition cinq semaines après l'opération.

L'autopsie me permit de constater ce qui suit :

La peau et les tissus sous-jacents étaient réunis par une cicatrice solide, linéaire. La suture péritonéale avait cédé et les deux bords de la plaie du péritoine étaient écartés l'un de l'autre d'environ 1 centimètre;

malgré cela, il n'y avait pas trace de péritonite, il n'y avait pas non plus d'adhérence des viscères sous-jacents avec la plaie.

Quant à la lésion intestinale, elle intéresse le côlon. Il s'agit d'un cancer de la valvule de Bauhin, qui a amené l'invagination du cæcum et du côlon ascendant dans le côlon transverse. L'extrémité de la portion, invaginée portant la masse cancéreuse était précisément la tumeur sur laquelle on était tombé pendant l'opération, qui n'aurait pu, dans ces conditions, donner aucun résultat, même avec un anus artificiel.

Observation XVII.

Cancer de la valvule de Bauhin. par le Dr Israël, in Langenbecks Arch. 1877 t. XX, p. 36.

La nommée Wilhelmine Roth, âgée de 49 ans, vit se former il y a deux ans, au milieu de vives douleurs, dans la région inguinale droite, une tumeur qui fut regardée par un célèbre gynécologiste pour une tumeur de l'ovaire.

Le médecin qui la traita ensuite reconnut que la tumeur renfermai du pus et par une incision pratiquée au-dessus du ligament de Poupart il fit sortir une grande quantité de liquide purulent.

Bientôt après, par suite d'une rupture spontanée de l'intestin, il se forma une fistule stercorale assez au-dessus du ligament de Poupart. Tantôt il s'en échappait seulement du pus, tantôt au contraire du pus mélangé de matières fécales. On constatait en même temps tous les signes d'un rétrécissement intestinal : les anses de l'intestin faisaient relief sous les parois abdominales ; le météorisme assez prononcé, la diarrhée abondante.

Dans la fosse iliaque droite on trouvait une tumeur grosse comme le poing, dure, et paraissant faire partie du tube intestinal.

La section montra qu'on avait affaire à un épithélioma cylindrique étendu, circulaire et ulcéré, siégeant à la valvule de Bauhin. La cavité intestinale communiquait avec un abcès de la fosse iliaque par des fistules du mésentère.

Observation XVIII (analyse).

Cancer de la valvule iléo-cæcale, par MM. Coopland et Morris, In British médical journal, 1878, t. I, p. 122.

Une femme de 38 ans maigrit pendant six mois. Pendant les trois derniers mois elle souffre de constipation et de vomissements.

La dernière semaine le ventre grossit. L'intestin grêle laissait passe chaque jour une petite quantité de matières fécales. Violentes coliques abdominales avec relief des anses intestinales.

Soulagement par l'acupuncture.

Mort par péritonite suraiguë due à une perforation du cæcum.

La valvule iléo-cæcale était le siège d'un cancer épithélial.

Observation XIX.

Cancer de la terminaison de l'intestin grêle, par le Dr Spanton, In Médical Times and Gaz., 1878, t.I, p. 278.

Marguerite T..., âgée de 12 ans, entre à l'hopital le 21 janvier 1877.

Trois semaines avant son admission elle a fait une chute sur le siège d'une hauteur de 5 à 6 pieds. Elle s'est plaint immédiatement de douleurs et de difficulté pour la marche. Les jours suivants on trouve un gonflement de la région inguinale droite.

Jusqu'alors elle avait joui d'une bonne santé et n'avait jamais présenté de troubles intestinaux.

Etat à l'admission. Grosse fille bien nourrie, avec une apparence de bonne santé.

Dans la marche elle traîne un peu son côté droit. Elle dit n'avoir aucune douleur dans le repos.

En examinant la fosse iliaque droite on trouve profondément située une tumeur molle, ovale recouverte par des anses intestinales sonores et facilement mobiles. La pression en ce point n'éveille qu'une légère douleur.

On ne trouve rien d'anormal du côté da la colonne vertébrale, ni dans les articulations coxo-fémorale et sacro-iliaque. Pensant que le gonflement était dû à une accumulation de matières fécales dans le cæcum, on donne des purgatifs pendant quelques jours ; mais la tumeur ne diminue pas de volume.

Dix jours après son admission la malade est prise de vomissements et de coliques abdominales exaspérées par la pression. Température 102°2. Pouls 144.

Les jours suivants : T. 102°2; mais la douleur a diminué et les vomissemedts ont cessé.

La température s'abaisse graduellement et tombe à l'état normal six jours après le début de ces accidents. La douleur disparaît complète-

ment et la malade semble en parfaite santé. Elle reste en cet état jusqu'au 22 août jour où elle est emmenée par ses parents.

Pendant son séjour à l'hôpital ses selles sont régulières.

Huit jours après sa sortie les douleurs de ventre et la sensibilité à la pression reparaissent, mais plus violentes qu'auparavant.

Elle rentre à l'hôpital le 4 septembre avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée. Elle dort en chien de fusil : le ventre est tendu, tympanique, la langue sèche et dure. T. 101°. P. 103, faible. Ces symptômes durent cinq jours. Le cinquième jour elle rend un liquide noir, granuleux et meurt le soir.

Autopsie : Trente-six heures après la mort.

Le péritoine est couvert de lymphe puriforme unissant les anses intestinales.

A la terminaison de l'iléon on trouve une masse encéphaloïde, ovale, grosse comme une petite noix de coco.

La muqueuse du cæcum présentait une ulcération vaste et profonde.

Dans la substance corticale des reins ont trouva plusieurs taches blanches, rondes, grosses comme des poids et paraissant être des productions encéphaloïdes.

Observation XX.

Cancer de la valvule iléo-cæcale, par le Dr Gerster, In New-York medical journal. Année 1881, p. 593.

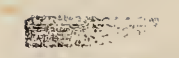
Le Dr Gerser présente une pièce anatomique présentant une dilatation énorme de la fin de l'iléon. Une perforation de l'intestin avait amené la formation d'un énorme abcès fécal qui fut incisé et drainé la veille de la mort du malade.

L'irrigation fit sortir une grande quantité de pus, de matières fécales et de tissu nécrosé.

On attribua la mort à la septicémie.

Avant la formation de l'abcès on avait constaté tous les symptômes d'un catarrhe intestinal.

L'*Autopsie* fit constater une infiltration cancéreuse circulaire de la dernière portion de l'intestin. La production cancéreuse était de la matière colloïde et n'avait déterminé aucun symptôme de rétrécissement.



Observation XXI.

Epithélioma cylindrique de la valvule iléo-cæcale. — Obstruction intestinale, par M. E. Bouley, interne des hôpitaux.

Le nommé Précardi, François, âgé de 48 ans, armurier, entré le 27 mars 1882, salle Gérando, lit n° 3, service de M Rendu, à l'hôpital Tenon.

Antécédents. — D'une bonne santé habituelle, accuse des excès de boissons. Son affection a commencé, il y a quinze mois, par une indigestion et des vomissements qui ont persisté pendant six semaines. Il aurait senti en ce moment aussi une douleur dans la fosse iliaque droite. Depuis lors, il n'a jamais été complètement rétabli; il a repris son travail, mais il est obligé de le cesser de temps à autre. Les accidents sont toujours les mêmes; il est pris par intervalles d'indigestions et de vomissements qui persistent pendant un temps variable, le plus habituellement pendant deux ou trois jours. Ces vomissements sont le plus souvent composés d'une bouillie jaunâtre exhalant une assez forte odeur. En même temps; depuis le début de son mal, la constipation est habituelle; elle est remplacée, de temps en temps, par de la diarrhée. Depuis deux mois surtout son ventre s'est ballonné; P... a perdu ses forces et il a beaucoup maigri.

Etat actuel. — Mauvais aspect général. Teinte terreuse de la face, différente de la teinte jaune-paille. Facies un peu péritonique; traits étirés, pommettes saillantes, yeux légèrement excavés. Le ventre est ballonné d'ailleurs d'une façon à peu près uniforme et bridé par les muscles grands droits de l'abdomen qui sont fortement tendus. La peau est molle, pâteuse, a perdu toute son élasticité et conserve les plis qu'on lui fait former. L'inspection seule du ventre ne fournit donc aucun renseignement pour le diagnostic. Il en est de même de la palpation et de la percussion. La palpation ne laisse sentir aucune tumeur et n'est plus particulièrement douloureuse au malade dans aucun point de l'abdomen. La percussion fournit de la sonorité à peu près égale dans toute l'étendue de l'abdomen. Pas d'ascite. Les intestins ne sont pas ramassés en paquet, ils sont le siège de contractions assez violentes, pendant lesquelles on les voit se dérouler et se dessiner sous la paroi abdominale en produisant des gargouillements. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement. Le rectum est libre et on ne sent aucune tumeur dans le voisinage. Jamais ni hématémèse ni melæna. Le malade urine bien. Pas de fièvre. Rien aux poumons ni au cœur.

L'appétit, quoique diminué, existe encore, mais le patient n'ose pas parfois le satisfaire complètement, parce qu'il a remarqué qu'il était plus sujet à vomir. Depuis deux jours, les vomissements ont réapparu ; le malade vomit spontanément une assez grande quantité d'une bouillie jaunâtre exhalant une odeur fécaloïde. Coliques violentes. Constipation absolu ; c'est à peine si les lavements ramènent quelques matières fécales. Pas même émissions de gaz, qui ont l'habitude de procurer au patien un grand soulagement. Traitement : régime lacté. Lavage de l'estomac qui se fait facilement, mais dont le malade ne tire aucun bénéfice. Les vomissements persistent.

1er avril. Les vomissements ont diminué peu à peu depuis le 27 mars, jour de l'entrée. Aujourd'hui, ils ont complètement cessé. Le ventre est un peu moins ballonné. Emission de gaz par l'anus.

Le 3. De nouveau, coliques et vomissements. 1 pilule extrait belladone et poudre àâ 0,01 centigr.

Le 4. Vomissements moitié fécaloïdes, moitié alimentaires.

Le 5. Pas de vomissements.

Le 6. Pas de vomissements, mais coliques et gargouillements intestinaux.

Le 7. Même état, coliques.

Les 8 et 9. Même état, ventre ballonné.

Le 10 Vomissements fécaloïdes très abondants.

Le 11. Le malade vomit surtout après qu'il a bu un peu de lait.

Le 12. Ventre ballonné. Pas de selles ni de gaz.

Le 13. Vomissements moins abondants et moins fécaloïdes. Une selle hier matin et émission de gaz par l'anus.

Le 14. N'a pas vomi, a été à la selle.

Les 15, 16, 17, 18 et 19. Absence de vomissements.

Le 20. Vomissements abondants. Bouillie jaune, brunâtre exhalant une odeur fécaloïde. Examinés au microscope, ils présentent quelques fibres musculaires, des granulations graisseuses et autres, pas de sarcine. Traitement : Bière, lait, glace. Cataplasme laudanisé sur le ventre.

Le 21. Les vomissements continuent. Depuis quelques temps, l'état général du malade baisse considérablement. Il est très amaigri, les yeux sont excavés, le nez effilé, les pommettes saillantes. Cachexie profonde. Teinte terreuse et non jaune-paille. Le ventre est toujours ballonné et résonne à la percussion. Gargouillements intestinaux. Coliques très douloureuses ; la douleur n'est pas bien localisée. Le malade accuse surtout une douleur transversale, au-dessous de l'ombilic, allant d'un flanc à l'autre.

Le 22. Même état. Une injection de morphine arrête complètement les douleurs et soulage beaucoup le malade. Vomissements fécaloïdes. Hoquet déjà depuis plusieurs jours.

Le 24. Les vomissements continuent. Emaciation complète. Le malade ne prend plus qu'un peu de potage. Le pouls est petit, fréquent, misérable, anurie.

Le 25. Vomissements, constipation absolue malgré les lavements glycérinés.

Le 27. Même état. Les piqûres de morphine apportent uu peu de soulagement au malade et arrêtent les vomissements. Toujours anurie.

Mort le 28 avril.

Autopsie. — La lésion cancéreuse siège exactement au niveau de la vulve iléo-cæcale. A l'ouverture du ventre, les anses intestinales distendues ne laissent apercevoir aucune tumeur. Mais, en portant la main dans la fosse iliaque droite, on y sent une tumeur marronnée, dure, résistante. En soulevant l'anse intestinale qui la recouvre, elle se présente sous la forme d'un boudin plein, siégeant à la terminaison de l'intestin grêle et au commencement du gros intestin. On croirait, au premier abord, à une invagination du petit intestin dans le gros. Péritonite adhésive légère et brides fibreuses immobilisant la tumeur dans la fosse iliaque. Elle forme un anneau serré qui laisse passer tout au plus une sonde de femme. L'eau qu'on verse par le petit intestin sort en filet par le bout inférieur.

L'intestin ouvert montre à ce niveau un froncement complet, qui, une fois déplissé, n'a pas une étendue de plus de 5 à 6 centimètres. Le tissu de la valvule est transformé en une masse bourgeonnante, molle, assez vasculaire, et commençant à s'ulcérer sur certains points. Cette tumeur présente quelques anfractuosités, au fond desquelles ce qui reste de tissu présente une teinte bleuâtre, ardoisée. L'épaisseur totale de la tumeur ne dépasse guère un centimètre, dans les points où elle atteint son maximum. L'anneau cancéreux n'excède guère non plus un centimètre en hauteur. Au-dessus de la masse cancéreuse principale, la muqueuse, sur une étendue de 3 à 5 centimètres, présente de petits bourgeons villeux qui, à l'œil nu, paraissent de même structure que les bourgeons cancéreux de la tumeur proprement dite.

Toute la muqeuse du cæcum est transformée en végétations cancéreuses. Ulcères sur certains points. Le grattage de la tumeur fournit un suc laiteux, L'appendice iléo-cæcal n'est pas pris. Les ganglions mésentériques correspondants sont légèrement hypertrophiés.

Au-dessus de l'anneau constricteur, l'intestin grêle ne présente au-

cune altération. Mais il est dilaté et même hypertrophié. Même à l'œil nu, on aperçoit très distinctement les deux couches de fibres musculaires; la couche transversale est environ trois fois plus épaisse que la couche longitudinale. Pincé entre les doigts, l'intestin offre une dureté et une épaisseur qu'on est loin de rencontrer sur un intestin normal. L'hypertrophie va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne de la tumeur, mais elle se poursuit très haut et elle est encore très appréciable à plus d'un mètre au-dessus du rétrécissement. L'épaisseur de la paroi intestinale à ce niveau est de 7 cent., dont 1 environ pour la couche transversale de fibres musculaires. L'intestin est également dilaté, si bien qu'au niveau même du duodénum, coupé et étalé, il mesure en largeur 19 cent., tandis que l'intestin normal d'un cadavre ne mesure que 11 cent. au même niveau. Au-dessous de la tumeur, léger rétrécissement du gros intestin. Les côlons, l'S iliaque et le rectum ne sont pas affaissés et offrent la distension ordinaire qu'on rencontre sur beaucoup de cadavres. Mais leur minceur, normale d'ailleurs, fait contraste avec l'épaisseur du petit intestin. On y rencontre quelques matières fécales jaunâtres, demi-molles,

Les reins sont plutôt atrophiés avec des cicatrices et quelques petits kystes à la surface. La substance parenchymateuse est diminuée de volume, ils paraissent atteints de néphrite interstitielle.

Cœur de volume normal, mais avec épaississement des parois et des colonnes charnues du ventricule gauche. Athérome très prononcé de l'aorte avec plaques ulcérées ; quelques petites plaques athéromateuses dans la valvule mitrale. Cœur droit normal. Foie normal.

Examen histologique. — Cet examen nous a démontré qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique, comme on pouvait bien s'y attendre d'ailleurs. Là n'était pas le point intéressant. La question d'intégrité ou de dégénérescence des ganglions était beaucoup plus importante. Nous avons donc examiné avec soin un des ganglions que nous avions trouvés légèrement hypertrophiés. Il n'était pas envahi par la néoformation. Il s'agissait là d'une hypertrophie simple et d'une inflammation chronique.

Réflexions. — Le diagnostic cancer intestinal, siégeant au niveau du cæcum, avait été porté pendant la vie. Les symptômes d'obstruction chronique (vomissements, constipation alternant avec la diarrhée) avaient fait penser au cancer, et la douleur du début au niveau de la fosse iliaque droite avait permis de le localiser, autant qu'il était possible de le faire, au niveau du cæcum.

1° Cette douleur du début, surtout quand elle est bien marquée, peut avoir une importance capitale, au point de vue de la localisation de la

lésion. Quel autre signe en effet aurait pu, dans notre cas, permettre de diagnostiquer le siège ? Le ventre était uniformément ballonné, il n'y avait pas d'affaissement sur le parcours du gros intestin ; le malade, pendant son séjour à l'hôpital, ne ressentait plus qu'une douleur généralisée à tout l'abdomen ou transversale, siégeant au-dessous de l'ombilic, la palpation, rendue presque impossible par la tension des parois abdominales et le météorisme, n'avait jamais permis de sentir aucune tumeur.

Avouons cependant que, même chez notre malade, la douleur du début n'avait pas dû être très prononcée, car il ne semblait pas en avoir été plus particulièrement frappé et il n'en parlait pour ainsi dire qu'incidemment.

2° L'affection semble avoir suivi une marche régulièrement progressive et le rétrécissement de l'intestin est devenu peu à peu de plus en plus serré. Faisons remarquer l'absence absolue d'hémorrhagie. Le malade n'a jamais eu de melæna.

3° La lésion siégeait au niveau de la valvule iléo-cæcale, c'est-à-dire au niveau d'un point normalement rétréci de l'intestin. C'est donc un fait qui rentre dans la loi générale en vertu de laquelle les cancers du tube digestif se développent aux points normalement rétrécis ou coudés ; œsophage (partie moyenne ou extrémité inférieure), pylore, duodénum, valvule iléo-cæcale, angle des côlons, S iliaque. Est-ce parce que les aliments irritent davantage la muqueuse en ces points ? Il est tout au moins rationnel de le penser.

4° Nous insistons aussi, comme nous l'avons déjà fait l'année dernière à propos d'une première observation de cancer de l'intestin, sur l'hypertrophie considérable des parois intestinales, qui leur donne un aspect véritablement lardacé, ce qui a dû certainement tromper parfois et faire prendre pour du squirrhe ce qui n'était qu'une hypertrophie musculaire. Cette hypertrophie, dont on comprend facilement le mécanisme, qu'on pourrait appeler aussi *providentielle* peut remonter très haut, jusqu'à l'estomac. C'est ce que nous avons vu dans nos deux cas.

5° Enfin, en terminant, nous signalerons l'intégrité des ganglions mésentériques. S'il était prouvé que, dans la majorité des cas de cancer intestinal, ils sont longtemps sans être pris, ce serait un argument de plus à apporter en faveur de l'intervention chirurgicale et de l'excision complète de la portion d'anse intestinale atteinte de dégénérescence. La non-généralisation de la tumeur permettrait au moins d'espérer de bons résultats de l'opération. Mais, malheureusement, le chirurgien sera

souvent, arrêté par la crainte d'un diagnostic erroné, et, l'impossibilité souvent de localiser exactement le siège de la lésion.

Notre travail était à l'impression quand nous avons eu connaissance de cette observation publiée dans le *Progrès médical* du 3 février. Elle nous paraît importante à tous égards, et les réflexions dont l'auteur la fait suivre viennent s'ajouter à nos conclusions et leur donner plus de valeur.

Nous en extrayons les points principaux :

1° Le diagnostic du siège et de la nature de la lésion a été porté pendant la vie.

2° L'affection s'est présentée sous la forme chronique, intermittente. occlusion à répétitions, à laquelle nous avons consacré une large place dans notre travail.

3° L'autopsie a montré que la lésion cancéreuse siégeait exactement au niveau de la valvule iléo-cæcale, et l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un *épithélioma cylindrique.*

4° L'intégrité des ganglions mésentériques était complète malgré la longue durée de la maladie (seize mois) ; nous avons fait ressortir l'importance de cette question au point de vue du traitement chirurgical.

5° Quant à l'étiologie, les renseignements sont un peu vagues : l'hérédité n'est pas mentionnée ; peut-être serait-il permis de faire intervenir le mauvais fonctionnement des voies digestives par suite d'habitudes alcooliques accusées par le malade.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

Fréquence. — Les statistiques de Tanchou portent 9,118 décès occasionnés par le cancer. Dans ce nombre 2,303 cas appartiennent à l'estomac, 221 au rectum et 157 au reste de l'intestin, le duodénum compris. Si l'on considère qu'il est assez fréquent que le duodénum soit envahi dans le cancer de l'estomac, si l'on fait la part des cas qui appartiennent à l'S iliaque et aux colons; il restera bien peu de cas de cancer de l'intestin grêle.

D'après un relevé de 4,567 décès par le cancer observés à l'hôpital général de Vienne (1) après examen nécroscopique, on compte 1 cancer de l'intestin pour 4 du rectum. Il résulte de ces statistiques que le cancer de l'intestin grêle à sa terminaison serait excessivement rare ; car sur 285 cas de cancer de l'intestin, le duodénum et le rectum non compris, M. Hausmann (1) n'a pu trouver que 76 cas pour l'intestin grêle et le cæcum, tandis que les côlons et l'S iliaque y entrent pour 209 cas. Nous croyons avec M. le professeur Potain qu'une statistique hospitalière n'a pas, dans l'espèce, toute l'exactitude voulue : nous en dirons de même pour tout ce qui concerne l'étiologie.

Nous ajouterons que bon nombre de cas peuvent avoir été méconnus ; le cancer de l'intestin grêle étant considéré

(1) Leichternstern. Ziemssen's Handbuch der speciellen path. une thérap., t. VII, p. 522.

(J) Haussmann, Loc. cit.

comme exceptionnel, et son diagnostic étant difficile relativement à celui du cancer de l'estomac et du rectum. D'après M. Hausmann (1), sur 285 faits, à l'autopsie desquels on a constaté l'existence d'un cancer de l'intestin, 18 fois seulement le diagnostic exact de la nature de l'affection avait été posé pendant la vie ; dans ce nombre se trouvent 2 cas intéressant l'intestin grêle.

Dans son traité de pathologie interne, Grisolle dit « avoir plusieurs fois rencontré à l'ouverture des cadavres une dégénérescence squirrheuse de l'intestin grêle ou du gros intestin, ayant plusieurs centimètres de longueur, chez des sujets emportés par diverses maladies, et qui n'avaient offert aucun trouble notable du côté des organes digestifs. »

Les exemples rapportés par les auteurs, dit M. Du Castel, sont pour le plus grand nombre, des cancers ayant donné lieu à des accidents graves et bruyants tels qu'étranglement interne, péritonite cancéreuse, perforation intestinale, hémorrhagie mortelle. N'est-il pas permis de supposer que, vu l'opinion généralement admise sur l'excessive rareté du cancer primitif de la fin de l'intestin grêle, on ait laissé passer sans y prendre garde, comme dans les cas de Grisolle, de Roulland, d'Haussmann et autres des cancers primitifs de l'intestin grêle ne donnant lieu qu'à des coliques plus ou moins localisées, à une diarrhée plus ou moins abondante, quelquefois sanguinolente, et à un amaigrissement successif.

Nous croyons que de nouvelles statistiques basées sur les faits récents augmenteraient d'une façon notable la

(1) Hausmann. Loc. cit., p. 22.

proportion des cas de cancer de la terminaison de l'intestin grêle. Les faits seraient d'autant plus nombreuux que l'attention attirée de ce côté rendrait le diagnostic plus aisé.

2° *Historique. Causes générales.* — M. le professeur Jaccoud, dans son traité de pathologie interne, consacre à peine quelques lignes à la genèse et étiologie du cancer de l'intestin, dont, dit-il, l'étiologie n'est pas mieux élucidée que celle du cancer gastrique.

Nous avouons que les diverses théories par lesquelles on a cherché à expliquer la production du cancer sont loin de nous satisfaire. Deux théories entièrement opposées et également exclusives ont été soutenues avec beaucoup d'éclat.

La première attribue le développement du cancer à une cause inconnue générale : « Il y a, dit Andral (1), dans chaque individu certaines manières d'être qui fondent les diverses constitutions et qui impriment un caractère spécial à l'innervation, à l'hématose, à toute nutrition et à toute sécrétion, et qui sont la cause réelle, nécessaire des productions morbides. »

Grisolle croit que le cancer naît lentement, spontanément, sans qu'on puisse accuser l'action manifeste d'une cause excitante.

Quelques auteurs allemands, dans le but d'établir une loi formelle d'antagonisme entre le cancer et le tubercule, ont admis l'existence de trois crases qui se partagent la domination de l'espèce humaine. Chaque crase imprime à

(1) Andral. Anat. pathol., t. I, p. 371.

ses nombreux sujets un cachet spécial qui est mis en évidence par la simple inspection du sang ; chacune d'elles a son cortège de maladies.

Un grand nombre d'auteurs anglais placent l'origine du cancer primitif dans l'infection du sang (blood poison). La deuxième théorie, au contraire, considère le cancer comme une affection purement locale :

Dans un remarquable mémoire qu'il a présenté à la Société pathologique de Londres, M. Campbell de Morgan rejette ce qu'il appelle le constitutionnalisme et n'admet, pour expliquer le cancer, qu'une théorie, le localisme; il rejette la théorie de *blood poison*, et cela pour trois raisons :

« 1° D'abord parce que cette hypothèse n'est pas nécessaire pour l'explication des phénomènes qui président à l'évolution du cancer.

« 2° Parce que de nombreux faits pathologiques et cliniques s'opposent à l'admission de cette hypothèse.

« 3° Parce que, en l'acceptant, il faut admettre ou bien que le même poison qui sert à la production du carcinome donne également naissance aux tumeurs dites bénignes, ou bien que chaque tumeur est formée par un poison spécial ». Et plus loin le même auteur dit : « Quant à l'influence de l'irritation locale sur la production des tumeurs cancéreuses, elle est surabondamment démontrée et vient également s'ajouter aux autres raisons qui doivent nous faire repousser les opinions des constitutionnalistes. »

Nous n'entreprendrons pas de discuter ces opinions : elles ont pour point de départ des faits incontestables, mais dont l'interprétation ne nous paraît pas assez impartiale.

Il nous semble nécessaire d'admettre comme point de départ du cancer une prédisposition dont l'effet sera mis

en évidence par une cause occasionnelle, l'irritation pour le cas qui nous occupe. Nous trouvons dans l'excellente thèse de M. Damaschino (1) un passage des cliniques de M. le professeur G. Sée (2) que nous sommes heureux de reproduire : « Qu'est-ce que cette influence mystérieuse qui constitue la prédisposition locale? Pourquoi, une cause morbide étant donnée, est-ce tel organe qui va s'affectuer et non pas tel autre. « Ecoutons la physiologie :

Voici un animal qui meurt d'inanition ; à l'autopsie, on trouve, tantôt une pneumonie, tantôt une pleurésie, tantôt une entérite. Evidemment cela ne s'est pas fait au hasard ; il fallait qu'il y eût là une prédisposition ; nous allons la créer en coupant le nerf grand sympathique avant de soumettre l'animal à l'inanition.

Le résultat immédiat sera une simple dilatation vasculaire. Tant que l'animal sera bien nourri, les choses en resteront là ; mais sitôt qu'il sera mis à la diète, nous verrons éclater une violente inflammation dans le point ainsi constitué en état d'imminence morbide. Les résultats funestes de l'abstinence auront porté sur le *pars mimoris resistentiœ,* ce que l'on pouvait prédire à l'avance. »

Mais en quoi consiste cette prédisposition, de quoi dépend-elle ? On a invoqué un grand nombre de causes générales sans indiquer leur mode d'action.

L'âge exerce une influence incontestable sur le développement du cancer ; il est rare, en effet, de trouver cette affection chez des sujets âgés de moins de 30 ans, son maximum de fréquence est de 30 à 60 ans.

(1) Damaschino. La pleurésie purulente. Th. d'agr.. Paris, 1869.
(2) G. Sée. Leçons de pathol. expérim., p. 13.

Nous ne ferons que mentionner les chagrins prolongés, les fatigues excessives, l'aliénation mentale, le célibat, l'alcoolisme : chacune de ces causes figure dans deux ou trois cas de cancer de l'intestin. Mais leur rôle est encore trop obscur pour que nous insistions.

L'hérédité est certes la plus importante et la plus incontestable de toutes les causes prédisposantes. Si cette influence est passée sous silence dans le plus grand nombre d'observations, c'est que la clientèle hospitalière ne permet pas de contrôler les renseignements de nos malades, dont la plupart ne peuvent ou ne veulent nous éclairer sur leurs antécédents personnels ou héréditaires.

Le mode d'action de ces diverses causes n'est pas encore suffisamment connu. On est loin d'avoir établi entre elles et le cancer des relations de cause à effet ; il est toutefois aussi difficile de montrer leur complète indépendance.

Quelle que soit l'opinion admise sur la nature du cancer en général : empoisonnement du sang, maladie des organes ou des tissus, ou maladie purement locale ; si on fait intervenir dans la genèse de cette affection les états pathologiques que nous avons énumérés, on se trouvera réduit à en expliquer le mode d'action par une des trois hypothèses suivantes :

1° Ou bien ils engendrent eux-mêmes l'affection cancéreuse.

2° Ou bien, en altérant la vitalité des organes ou des tissus, ils les mettent en état d'être affectés sous l'influence d'une cause occasionnelle.

3° Ou bien enfin ils sont eux-mêmes cause occasionnelle, efficace seulement chez les individus prédisposés.

La première hypothèse est peu vraisemblable, car il

n'est pas fréquent d'observer la dégénérescence cancéreuse dans les diverses affections que nous avons énumérées: dans notre cas particulier elles ne figurent chacune que dans une ou deux observations.

D'un autre côté, si cette action initiale était bien réelle, elle serait d'autant plus féconde que ces états pathologiques seraient plus accentués. Or, les faits ne permettent pas d'accepter une pareille déduction.

Si nous les considérons comme causes occasionnelles, nous pourrons nous demander comment il se fait qu'une affection générale comme l'alcoolisme, qu'une altération des centres nerveux, que des états sans particularité aucune comme le célibat puissent déterminer la localisation d'un néoplasme dans des points à peu près constants.

Tout ce qu'il nous paraît possible d'accorder, c'est de regarder ces états divers comme des causes prédisposantes ou peut-être mieux débilitantes.

Chez un malade prédisposé, les tissus débilités deviendraient plus facilement le siège de l'évolution cancéreuse sous l'influence de l'irritation dont l'action a été bien définie par Andral :

« Ce n'est pas, dit cet auteur, parce qu'elle augmente l'activité de la nutrition ou de la sécrétion, c'est parce qu'elle *dérange* cette double action organique que l'irritation concourt à la formation de produits accidentels.

C'est cette influence de l'irritation sur la localisation du cancer dans la terminaison de l'intestin grêle, que nous allons essayer d'établir avec tous les développements que comporte cette question.

Causes locales. — Nous n'osons nier la possibilité du développement spontané du cancer dans la terminaison de l'intestin grêle ; nous n'aurions aucun fait pour motiver cette opinion.

Et d'ailleurs ce n'est pas là le but que nous poursuivons : nous cherchons uniquement à expliquer la fréquence relative des productions cancéreuses sur la valvule ilio-cæcale au dans son voisinage par les nombreuses causes d'irritation auxquelles cette portion de l'intestin nous paraît être tout particulièrement exposée.

Nous les résumons dans le tableau suivant :

Irritation.	1° physiologique.		Diminution de calibre. Contractions intestinales faibles. Séjour plus prolongé des matières fécales. Innervation riche.
	2° pathologique.		Dyspepsie. Entérite. Ulcérations de fièvre typhoïde. Dysentérie. Atonie et paralysie musculaires.
	3° due à un traumatisme.	A. interne.	tumeurs du voisinage. Corps étrangers.
		B. externe.	Coups, Chutes sur l'abdomen. Contre-coup à la suite des grandes chutes.

1° Irritation physiologique. — Si nous considérons un instant la distribution du cancer dans toute l'étendue du tube digestif, nous sommes frappé de voir cette affection évoluer dans la grande majorité des cas sur des points à peu près constants pour chacune des parties.

Il nous semble qu'il est permis de voir là plus qu'une

simple coïncidence, malgré l'opinion de Lebert qui n'admet en aucune façon l'influence de l'irritation sur le développement du néoplasme :

« Il est certain, dit-il, en parlant du cancer de l'estomac, que le pylore en est le siège le plus fréquent ; vient ensuite la petite courbure, et seulement en troisième ligne, le cardia.

Nous insistons sur ce fait parce que l'esprit médical, avide de théories, a fait envisager les orifices comme siège de prédilection du cancer de l'estomac ; mais si c'est vrai pour le pylore, cette assertion n'est pas exacte pour le cardia (1) ».

Les observations de Lebert portant sur 57 cas de cancer de l'estomac en attribuent 5 au cardia et 7 à la petite courbure. Si l'on tient compte de la conformation anatomique de la petite courbure que ses fibres musculaires nombreuses transforment par leur contraction en un canal étroit, si l'on se rappelle que la muqueuse gastrique a un fonctionnement plus actif que celle de la fin de l'œsophage, et est par conséquent plus sensible qu'elle à l'action irritante du bol alimentaire et surtout des liquides, on concevra sans peine que le cancer siège plus souvent à la petite courbure qu'au cardia.

D'un autre côté, les nombreuses observations de cancer, du cæcum, des côlons, de l'S iliaque, du rectum, achèvent de rendre bien acceptable l'opinion qui veut que : dans le tube digestif le cancer siège de préférence aux points rétrécis.

(1) Lebert. Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer, Paris, 1851.

La dernière portion de l'intestin grêle remonte de l'excavation pelvienne se dirigeant de gauche à droite et d'avant en arrière, pour s'unir au cæcun en faisant avec lui un angle aigu à sinus inférieur.

Cette courbure de l'intestin, la diminution notable de son calibre et son invagination dans le cæcun pour former la valvule iléo-cæcale, amènent un ralentissement marqué dans le cours des matières, qui, elles de leur côté, deviennent de plus en plus solides. Nous savons en outre que la valvule iléo-cæcale a la forme d'une cavité cunéiforme, que ses valves ne possèdent plus que des fibres circulaires, puisque les fibres musculaires longitudinales abandonnent en ce point l'iléon pour se continuer directement avec celles du gros intestin : il s'ensuit une énergie moindre dans les contractions des parois.

Toutes ces causes exclusivement physiologiques : diminution de calibre et faiblesse des contractions et comme conséquence séjour plus longtemps prolongé des matières fécales, durcissement de ces dernières, toutes contribuent à exercer sur la muqueuse intestinale une irritation d'autant plus intense que l'intestin grêle reçoit un nombre considérable de filets nerveux venus du plexus solaire par l'intermédiaire du plexus mésentérique, et dont les branches terminales forment des plexus intrapariétaux d'une grande richesse ganglionnaire. Cette irritation normale et constante est-elle suffisante pour provoquer le développement du néoplasme chez un sujet en possession d'une prédisposition locale ?

Peut-être pourrait-on invoquer en faveur de l'affirmative quelques observations dans lesquelles l'autopsie a révélé un cancer limité à la valvule iléo-cæcale chez des

sujets qui avaient accusé des antécédents héréditaires, et qui n'avaient présenté aucun trouble de la santé avant l'apparition des symptômes propres de l'affection cancéreuse.

2° *Irritation pathologique.* — Mais, en admettant que ces sources d'irritation soient insuffisantes, nous leur trouvons de nombreux auxiliaires dans la pathologie du tube intestinal. Les dyspepsies, l'entérite, la fièvre typhoïde, la dysentérie, voilà surtout les affections qui amènent un trouble profond dans le fonctionnement de l'intestin grêle, d'autant plus que leur action nuisible se fait sentir même longtemps après la disparition de leurs signes physiques.

Les ulcérations que quelques-unes laissent après elles déterminent, par leur action irritante, la formation d'un squirrhe de l'intestin (1). Andral, de son côté, ne voit dans le squirrhe de l'intestin qu'une induration du tissu cellulaire résultant d'une irritation chronique.

Requin (2) paraît partager cette opinion quand il dit : « Nous ne prétendons pas nier que l'entérite et les causes qui la provoquent aient une part dans la pathogénie du cancer intestinal. Là est sans aucun doute, en certain cas du moins, la raison pour laquelle l'intestin, plutôt qu'un autre organe, devient le siège de la terrible dégénérescence. »

On verra, dans nos observations, le cancer rester souvent limité à la valvule, et plusieurs fois on reconnaîtra son point de départ à ce même point lorsqu'il aura envahi

(1) Corbin. Archives générales de médecine, p. 45, année 1831 et obs. XII.

(2) Requin. Pathologie médicale, t. II, p. 405.

les parties voisines. Sans doute, il nous a été impossible, en dépouillant les faits que nous rapportons, de trouver souvent l'action manifeste de l'irritation locale ; est-ce par ce qu'elle a été étrangère au développement du néoplasme, ou parce qu'elle a échappé à l'attention des observateurs, ou plutôt encore parce qu'elle a été rarement recherchée ? Nous serions porté à admettre cette dernière hypothèse.

3° *Irritation traumatique :* (A) *Irritation due à un traumatisme interne.* — Malgré le petit nombre d'observations où le traumatisme interne soit signalé, nous croyons devoir lui accorder une certaine importance dans la pathogénie du cancer de l'intestin. A ce propos Haussman (1) rapporte l'analyse d'un fait dû à Waldeyer (2), fait dans lequel un cancer de l'intestin grêle semble s'être développé sous l'influence de l'irritation exercée sur les parois intestinales par le pédicule perdu d'un kyste de l'ovaire.

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, chez laquelle Spiegelberg pratiqua, le 14 février 1866, l'extirpation d'un kyste de l'ovaire gauche.

Pendant l'opération, on ne découvrit en dehors du kyste rien d'anormal dans la cavité abdominale. A la suite de l'opération il se développe un exsudat pelvi-péritonitique qui repousse en bas la paroi antérieure du rectum, et détermine plusieurs semaines durant des troubles de la défécation et du ténesme. L'état s'améliore cependant, et le trentième jour qui suit l'opération, la malade quitte l'hôpital. Elle a repris des forces, de l'embonpoint et peut se remettre à ses occupations habituelles. Cet état satisfai-

(1) Haussmaun. Loc. cit.
(2) Virchow's Archiv. 1878., t. LV., p. 114.

sant persiste pendant les neuf mois qui suivent. Alors survient une constipation opiniâtre contre laquelle tous les moyens thérapeutiques viennent bientôt échouer, en même temps il se produit un amaigrissement rapide.

L'utérus ne présente rien d'anormal, mais le cul-de-sac recto-utérin est occupé par une tumeur solide. La menstruation reste régulière jusqu'à la fin, et la malade meurt le 20 juin 1867 dans le marasme.

A l'autopsie de la cavité abdominale, qui fut seule autorisée, on constata ce qui suit : adhérences à la cicatrice abdominale de l'épiploon et d'une anse intestinale, cancer de l'intestin grêle, noyaux secondaires dans le foie, dans les ganglions abdominaux, adhérence d'une anse cancéreuse avec le rectum et le pédicule du kyste.

La plus grande portion de l'intestin grêle est mobile dans la cavité abdominale. La partie la plus inférieure de l'iléon est, sur une étendue de trois pieds environ, envahie par des noyaux cancéreux nombreux et forme, par l'accolement de ses différentes parties, une sorte de paquet qui ferme complètement l'entrée du petit bassin.

L'ovaire droit est normal. Au point où devrait siéger l'ovaire gauche, on trouve le reste, facilement reconnaissable, du pédicule, large d'un centimètre environ, long de deux et entouré de tous côtés par des masses dégénérées. La néoplasie n'a pas d'ailleurs envahi sa partie centrale. L'altération la plus marquée des anses intestinales répond à l'extrémité du pédicule, la paroi intestinale y est en plusieurs points envahie tout entière et en partie exulcérée. L'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un épithéioma cylindrique.

D'autres faits, moins précis, il est vrai, montrent des

corps étrangers, tels que noyaux de cerise, pépins d'orange, objets divers, situés dans une ulcération cancéreuse ; ces corps se sont-ils arrêtés dans ces excavations déjà formées, ou ont-ils été la cause du développement de la masse cancéreuse ? on ne saurait le dire ; il faudrait trouver des cas dans lesquels l'intestin ne présentant pas trace de rétrécissement, la masse cancéreuse non encore ramollie aurait pour ainsi dire emprisonné dans son épaisseur le corps du délit.

B. *Irritation due à un traumatisme externe.* — M. le professeur Guyon, dans son article *Abdomen,* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, décrit ainsi l'action du traumatisme sur les parois abdominales : « L'intestin grêle, qui, par sa mobilité, semblerait devoir échapper à l'action des corps contondants, a été au contraire le plus souvent atteint et dans presque tous les points de son étendue et même dans plusieurs à la fois »...

Et plus loin : « De toutes les lésions viscérales qui compliquent les plaies de l'abdomen, celles de l'intestin grêle sont les plus fréquentes. » Etant admis que l'intestin grêle est particulièrement disposé pour subir un contre-coup dans un traumatisme abdominal, nous nous sommes demandé si un traumatisme bien manifeste ne pourrait pas par lui-même provoquer ou localiser le cancer. Nous nous sommes rappelé à ce propos les préceptes de Lebert : nous avons analysé les faits avec grand soin, ne tenant compte que de la succession des phénomènes, et nous sommes convaincu, en face du résultat de nos recherches, que le traumatisme peut, en l'absence de toute autre cause, provoquer le développement du néoplasme, dans le point pré-

cis où il s'est exercé. Lebert n'a d'ailleurs jamais nié cette influence; nous trouvons, en effet, à la page 137 de son *Traité pratique des maladies cancéreuses*, les lignes suivantes : « Rien de plus commun, du reste, que ces violences extérieures. Et comme, dans l'immense majorité des cas, d'après l'avis des pathologistes, aucune tumeur cancéreuse ne s'ensuit, on admet qu'une violence externe ne peut provoquer le cancer et ne le localiser, pour ainsi dire, que lorsque l'individu y est déjà prédisposé. Cela est possible et rationnel à admettre, mais pas suffisamment prouvé.

« Nous ne nions pas cette cause d'une manière absolue; mais, pour l'admettre, il faut que la science possède à ce sujet des matériaux bien autrement sérieux que des doctrines basées sur l'assertion pure et simple des malades. »

Voici les faits sur lesquels nous appuyons notre opinion :

1° Une femme de 51 ans fit il y a plusieurs mois une chute de voiture sur le côté droit du ventre : depuis ce moment, elle souffrit dans le côté droit de douleurs vives qui augmentèrent de jour en jour. Elle entra à l'hôpital parce qu'elle n'avait pas eu de selles depuis 14 jours, et qu'elle avait des vomissements fréquents. L'abdomen était peu distendu et assez mou, sauf dans le côté droit. — Mort.

A l'autopsie on trouva une petite quantité de sérosité dans le péritoine et les intestins distendus par des gaz. Il existait à la terminaison de l'iléon un rétrécissement dû à une masse dure et squirrheuse (1).

2° Notre observation XIX concerne une jeune fille de

(1) Crisp. Lancet 1847, t I. p. 557.

12 ans qui fit, vers le 1er janvier 1877, une chute sur le siège d'une hauteur de 5 à 6 pieds. Immédiatement après, elle ressentit des douleurs dans la fosse iliaque droite, et la marche devint difficile. Les jours suivants apparut un gonflement dans la région inguinale droite.

Jusqu'alors cette jeune fille avait joui d'une bonne santé et n'avait jamais présenté de troubles intestinaux : elle avait d'ailleurs une apparence robuste.

Elle entra à l'hôpital trois semaines après son accident, se plaignant de douleurs dans la fosse iliaque droite, mais pendant la marche seulement. On constata, en effet, dans le point douloureux, la présence d'une tumeur profondément située, molle, ovale, légèrement douloureuse à la pression. Dix jours après la malade fut prise de vomissements et de coliques abdominales exaspérées par la pression; température élevée.

Les jours suivants la douleur diminue, les vomissements cessent, et la température s'abaisse graduellement et tombe à l'état normal six jours après le début de ces accidents. Rétablissement complet; selles régulières. Elle sort de l'hôpital le 22 août, c'est-à-dire huit mois après sa chute.

Huit jours après, le 1er septembre, les douleurs abdominales reparaissent plus violentes qu'auparavant et exapérées par la pression. Elle rentre le 4 septembre avec le ventre tendu, tympanique; température élevée, pouls fréquent, faible.

Cinq jours après elle meurt après avoir rendu un liquide noir, grumeleux.

L'autopsie montra l'existence d'une péritonite et d'une masse encéphaloïde à la terminaison de l'iléon.

Cette marche des accidents nous paraît digne d'une

attention toute particulière. Nous voyons une chute déterminer de la douleur et probablement des troubles inflammatoires dans la fosse iliaque droite. Le traumatisme a-t-il déterminé des manifestations aiguës d'une lésion préexistante, ou bien a-t-il engendré chez un sujet peut-être prédisposé des altérations susceptibles de provoquer l'évolution du néoplasme constaté à l'autopsie. Si l'on se rappelle que notre malade paraissait robuste, qu'elle avait jusque-là joui d'une excellente santé, et qu'elle n'avait jamais présenté de troubles intestinaux, si l'on tient compte du peu de durée de ces manifestations morbides, l'on sera certainement porté à rejeter la première interprétation.

Il est en outre important de noter que les premiers accidents consécutifs à la chute ont consisté en tuméfaction de la région inguinale droite, et en difficulté de la marche ; quatre semaines après apparut vraisemblablement un commencement de péritonite caractérisée par des vomissements ; de la douleur, une température élevée, un pouls fréquent. Après une durée de six jours tout rentre dans l'ordre ; et sept mois plus tard la malade meurt et présente à l'autopsie un cancer encéphaloïde de la fin de l'iléon et une vaste et profonde ulcération sur le cæcum.

Les faits suivants que nous ne ferons que mentionner n'intéressent pas l'intestin grêle, mais ce sont des cancers de diverses parties du tube intestinal, développés à la suite d'un traumatisme, et à ce titre ils nous intéressent.

Ducros rapporte dans les *Archives générales* de 1838, une observation d'un cancer du cæcum développé chez une femme qui, un an auparavant, s'était violemment heurtée à la région iléo-cæcale.

Un homme de 51 ans atteint d'un cancer du côlon transverse avait, pendant plus de vingt ans, nettoyé un tuyau deux fois par semaine en se servant d'un levier de fer dont l'extrémité appuyait fortement sur un point de la paroi abdominale correspondant exactement au siège du cancer. (Brock-Glasgow. *Med. Journ.* 1879.)

Kolaczek reçut dans sa clinique le 19 août 1873 un homme de 31 ans, Auguste Scholz, qui n'avait jamais eu de maladie et paraissait d'une constitution puissante; cinq mois avant son entrée il avait reçu dans la fosse iliaque droite un violent coup de timon de voiture; immédiatement après, il ressentit dans cette région de violentes douleurs qui persistèrent pendant peu de jours, puis tout revint à l'état normal.

Huit jours avant d'entrer à l'hôpital, les parois abdominales de la fosse iliaque droite, rouges et enflées, s'ulcérèrent et laissèrent échapper une petite quantité de pus. La palpation fit trouver dans la région du cæcum une tumeur superficielle très dure, douloureuse à la pression. A l'autopsie on trouva un cancer ulcéré du cæcum communiquant avec l'extérieur.

Kolaczek (1) cite encore le cas d'une femme qui s'était violemment heurtée à deux reprises la fosse iliaque gauche avec un seau d'eau : elle éprouva immédiatement des douleurs dans cette région.

Un an et demi après, elle entra à l'hôpital où elle mourut : l'autopsie fit constater la présence d'un cancer du volume d'un œuf de pigeon sur l'S iliaque.

M. Kolaczek ne se contente pas de rapporter des obser-

(1) Kolacyec in Virchow's Arch. t. LV, p. 115.

vations de cancer de l'intestin d'origine traumatique. Il fait une étude générale du cancer, et il pense que si l'on recueillait toutes les observations en recherchant avec soin tous les phénomènes du début, on trouverait plus souvent comme cause initiale du développement du cancer l'inflammation ou les causes mécaniques.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir établi que l'irritation préside au développement du cancer dans tous les cas. Mais nous croyons qu'on peut admettre son influence au moins localisatrice dans quelques cas de traumatisme interne ou externe.

Ce point acquis, nous avons recherché les nombreuses causes d'irritation siégeant au niveau de la valvule iléocæcale pour les mettre en présence des cas de cancer limité en ce point. Nous nous sommes demandé s'il n'y avait là qu'une simple coïncidence ou rapport de cause à effet. Mais en constatant cette prédilection du cancer intestinal pour les points rétrécis; pylore, S iliaque, rectum, en voyant en outre que l'S iliaque, qui présente plusieurs courbures, est la portion de l'intestin qui soit le plus souvent atteinte de dégénération cancéreuse (nous exceptons toujours l'estomac et le rectum), on conviendra que pour une simple coïncidence elle serait bien constante.

L'irritation, quand elle est traumatique, ayant de l'influence sur la localisation cancéreuse, il ne nous paraît pas trop osé d'admettre qu'elle en a quand elle est physiologique ou pathologique et *a fortiori* quand ces divers modes sont réunis.

Les progrès de l'histologie permettent d'ailleurs aujourd'hui de définir le cancer de l'intestin : *épithélioma cylindrique de l'intestin* (Valdeger nie presque absolumen

l'existence du carcinome intestinal; il avoue n'en avoir pas trouvé un seul cas) et, par suite, de l'assimiler à l'épithélioma de la langue, des lèvres, etc ... Or, pour cet épithélioma chirurgical, on admet souvent l'intervention de l'irritation dans la genèse de l'affection. Assez souvent, en effet, on a observé des cancers de la langue survenus chez des individus atteints antérieurement de plaques des fumeurs, de psoriasis lingual, d'état lychénoïde, de pityriasis (1).

Plusieurs médecins de Saint-Louis ont même crû remarquer que les médicaments irritants et caustiques portés sur ces langues malades, avaient déterminé l'explosion du cancer.

Il est très probable que si l'irritation locale a été plus souvent constatée dans ces cas que dans ceux de cancer de l'intestin. C'est parce qu'elle se prête mieux à nos moyens d'investigation qui permettent plus souvent de saisir l'affection dès son début et de mieux apprécier les conditions de son développement.

(1) Th. Anger. Thèse d'agrégation; Paris, 1872.

ANATOMIE DE LA RÉGION

L'intestin grêle est un canal de forme cylindrique qui va se continuer avec le cæcum. Il est formé à son extrémité inférieure de quatre tuniques superposées : tuniques séreuse, musculeuse, celluleuse et muqueuse.

La tunique séreuse est mince et transparente.

La musculeuse est formée de deux plans de fibres lisses : plan superficiel, mince et constitué par des fibres lisses circulaires et produisant les mouvements dits péristaltiques ou antipéristaltiques suivant qu'ils ont lieu vers le cæcum ou vers l'estomac.

La paralysie des muscles lisses circulaires de l'intestin peut simuler un étranglement, pseudo-étranglement de M. Henrot.

La tunique muqueuse est si importante qu'on a pu dire qu'elle constituait essentiellement l'intestin grêle. Elle adhère fortement à la membrane celluleuse qui semble en faire partie. La couleur à l'extrémité inférieure est d'un blanc cendré.

On y remarque les valvules conniventes qui commencent dans le duodénum à quelques centimètres du pylore pour disparaître à peu près entièrement au niveau de la valvule iléo-cæcale. Les villosités partent aussi du pylore et vont jusqu'au bord libre de la valvule précédente.

Il faut en outre mentionner : 1° les glandes tubuleuses ou de Lieberkuhn qui se continuent dans le gros intestin;

2° les glandes vésiculeuses ou folliculeuses. Les follicules isolés sont répandus sur tout l'intestin grêle ; les follicules agminés (glandes de Peyer, plaques gaufrées de Cruveilhier) occupent le bord convexe de l'intestin et se rencontrent surtout à la fin de cet intestin.

Telle est la constitution de l'intestin grêle à sa terminaison.

Voyons comment il se continue avec le cæcum : Le cæcum continue l'iléon qui y verse les matières ayant déjà subi presque toute l'action de la digestion ; sa forme est celle d'une large ampoule à concavité tournée en haut.

L'union de l'iléon et du cæcum se fait de la façon suivante : l'iléon descendu dans l'excavation pelvienne au-devant du rectum, remonte de gauche à droite et d'avant en arrière, passe obliquement sur le grand psoas et s'unit au cæcum en faisant avec lui un angle aigu à sinus inférieur.

Les deux intestins sont séparés par une dépression circulaire.

Le péritoine passe de l'iléon au cæcum sans prendre part à la formation de la valvule iléo-cæcale et fixe cette portion de l'intestin dans la fosse iliaque droite.

C'est à ce niveau que se trouve la valvule iléo-cæcale qui constitue vraiment la fin de l'intestin grêle. Cette valvule, découverte par Varole, en 1573, fut appelée par lui : *opercule de l'iléon*. Bauhin, six ans plus tard, lui donna le nom de valvule.

Elle est formée par une sorte d'invagination de l'intestin grêle dans le cæcum.

M. le professeur Sappey (1) s'exprime ainsi à ce sujet :

(1) Traité d'anatomie descriptive, t. IV, p. 262 et 264.

« vue par le cæcum, elle se présente sous l'aspect d'un croissant dont le bord concave perpendiculaire au grand axe de l'intestin serait percé dans sa partie moyenne d'un orifice, en forme de boutonnière. Vue par l'intestin grêle, la valvule iléo-cæcale a l'aspect d'une cavité cunéiforme ouverte à son sommet et formée de deux parois qui se meuvent l'une sur l'autre à la manière de deux valves. Chacune de ses valves se compose elle-même de deux lames. La lame supérieure est constituée en haut par les parois du cæcum, en bas par celles de l'intestin grêle ; la valve inférieure est constituée en bas par le cæcum, en haut par l'iléon.

Les deux lames de chaque valvule sont unies entre elles de la manière suivante : au moment où il pénètre dans le gros intestin l'iléon se dépouille de sa tunique séreuse qui se continue directement avec celle du gros intestin. Ses fibres musculaires longitudinales l'abandonnent aussi pour se prolonger sur le cæcum où elles deviennent transversales. Mais le plan des fibres circulaires ainsi que la tunique celluleuse et la tunique muqueuse pénètrent dans le repli cunéiforme du gros intestin et se prolongent jusqu'au bord libre de la valvule. Or ce plan circulaire, s'adossant à celui du cæcum, se confond avec celui-ci; d'où il résulte que chaque valve se trouve formée par une couche épaisse de fibres musculaires qu'entourent une couche celluleuse et une couche muqueuse. »

Pour bien voir cette valvule, il convient de l'examiner sous l'eau ou sur une pièce sèche et tendue par l'air qu'on y a introduit. On voit alors très nettement les deux valves.

Les expériences de Palletta sembleraient montrer que

cette valvule n'offre pas un obstacle insurmontable au passage des liquides et des gaz, du gros intestin dans l'intestin grêle. Cependant l'opinion généralement admise est qu'elle s'oppose au passage rétrograde des matières soit solides, soit gazeuse, et cela d'une façon parfaite.

Le professeur Sappey rapporte que le cæcum, ayant été soumis à la pression d'une colonne d'eau de 2 à 3 mètres, s'est rompu, mais la valvule n'a pas cédé.

L'épithélium qui tapisse la surface interne de la valvule comme le reste de l'intestin est l'épithélium à cellules cylindriques. Chacune de ces cellules renferme dans sa cavité un noyau arrondi ou allongé dans le sens de leur grand axe et recouvert de granulations. On y trouve aussi une très petite quantité de liquide et des granulations moléculaires en plus grand nombre. Ces granulations sont arrondies et réfringentes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous nous étendrons peu sur le développement et la structure du cancer de l'iléon et sur ses différentes formes. Ce que nous aurions à dire à ce sujet a trait au cancer de l'intestin en général et nous renvoyons pour cette étude à la thèse de M. Haussmann (1) et aux ouvrages d'anatomie pathologique. Nous dirons seulement que l'on tend aujourd'hui à considérer le cancer de l'intestin comme un épithélium cylindrique (Cornil et Ranvier, Charon de Bruxelles, Waldeyer, etc...) dont le premier phénomène de développement serait *une augmentation de volume des cellules épithéliales des glandes de Liéberkühn et un allongement de ces glandes.*

Bientôt après des bourgeons épithéliaux, partis du fond des culs-de-sac glandulaires, rayonnent dans toutes les directions, envahissent le tissu conjonctif sous-muqueux, pénètrent les couches musculeuses sous-séreuse et séreuse, traversent souvent cette dernière et contractent ainsi les adhérences avec les organes voisins.

Il se fait de plus entre les culs-de-sac glandulaires une infiltration cellulaire abondante accompagnée de néoformation vasculaire; il en résulte vers la surface libre de l'intestin des végétations variables de forme, de longueur, de volume, de nombre et de consistance et le plus habituellement ulcérées à leur centre.

(1) Hausmann. p. 3. t. loc. cit.

L'examen microscopique de la tumeur fait voir sur une coupe mince un stroma conjonctif plus ou moins abondant, toujours riche en vaisseaux sanguins qui peuvent en se dilatant donner des ruptures hémorrhagiques.

On verra souvent dans nos observations les désignations de cancer ou carcinome colloïde. Ce n'est pas là une forme spéciale de cancer intestinal, c'est toujours l'épithélim cylindrique, mais ayant subi une altération particulière ; les cellules épithéliales se transforment, puis se détruisent en donnant une substance dite colloïde de couleur et de consistance variables. Le point de départ de cette transformation se trouve dans le protoplasma de la cellule.

La matière colloïde abandonne avec facilité les alvéoles qui la renferment : on peut la retrouver dans les selles.

Le cancer peut se manifester par des noyaux disséminés plus ou moins nombreux par un anneau complet.

La présence de ces néoplasmes dans l'épaisseur des parois ou leur saillie dans la cavité des intestins a ordinairement pour résultats un rétrécissement plus ou moins considérable suivi ou non d'obstacle au cours des matières fécales.

Disons pour terminer que quelques auteurs, Rokilansky et Waldeyer, admettent la possibilité de la cicatrisation de l'épithélioma cylindrique.

SYMPTOMATOLOGIE.

Il nous a paru impossible de grouper dans une seule description les diverses manifestations du cancer de la fin de l'iléon. L'étude des observations nous a permis en effet de constater que cette affection s'accompagnait de symptômes tantôt brusques, permanents, donnant lieu le plus souvent à des complications rapidement mortelles, tantôt au contraire intermittents; d'autres fois encore lents et insidieux.

Nous avons constaté en outre que ces differentes formes de la maladie correspondaient assez souvent à des conformations diverses du néoplasme. Ainsi le cancer peut oblitérer entièrement le canal intestinal et provoquer promptement tous les signes de l'occlusion intestinale complète.

Parfois au contraire, les signes de l'occlusion ne se manifestent que d'une façon intermittente, soit parce que la tumeur cancéreuse, en se ramollissant a permis aux matières fécales de reprendre leur cours, soit encore parce que le cancer, étant trop peu volumineux pour oblitérer le calibre de l'intestin, celui-ci a vaincu l'obstacle spontanément ou à la suite d'une médication appropriée.

Dans d'autres cas enfin, le cours des matières n'est nullement entravé, et la maladie ne présente à aucune époque de son évolution le moindre signe d'occlusion intestinale. De là notre division :

Forme oblitérante.

1e *Forme oblitérante.* — Occlusion aiguë, permanente, occlusion chronique intermittente ;

2° Forme cachectique.

(A) *Occlusion aigüe, permanente.* — Toutes les observatinns de cancer iléo-cæcal que nous avons pu recueillir, nous ont présenté une période de début, une période d'état et une période terminale. Nous suivrons donc cette marche dans la description clinique des trois formes que nous avons établies.

1° *Période de début.* — M. Besnier cite des cas de rétrécissements cancéreux ayant occasionné des phénomènes brusques d'occlusion intestinale. Nous n'avons pu constater une seule fois ce fait dans les nombreuses observations que nous avons analysées. Toutes au contraire nous présentent des symptômes initiaux constants quant à leur existence, mais variables quant au moment de leur apparition, à leur intensité, à leur nature.

Dans notre première forme, l'occlusion intestinale, une fois établie, devient permanente et amène rapidement une terminaison fatale; mais encore une fois, et nous reviendrons sur ce point important dans le chapitre *Diagnostic*, l'occlusion complète est précédée de signes divers. Parfois le malade ressent longtemps avant des coliques plus ou moins vives, constantes quelquefois, le plus souvent revenant à des intervalles irréguliers, quelquefois encore sourdes, continues et présentant des exacerbations. (Obs. II. III. V.)

La douleur abdominale a en général son point de départ dans la fosse iliaque droite d'où elle s'irradie ensuite dans tous les sens : mais elle peut rester aussi longtemps localisée dans la fosse iliaque ou siéger à l'épigastre comme on

le voit dans l'observation X : le malade se plaignait d'une sensation de barre au niveau de l'estomac (obs. XII). Il est encore assez fréquent de constater en dehors de ces douleurs ou en même temps qu'elles des troubles gastro-intestinaux, tels que : inappétence (obs. V), digestions difficiles (obs. X), vomissements, diarrhé, constipation (obs. II, V, XVIII). L'observation XVIII se rapporte à un malade qui ne présenta d'abord d'autre symptôme qu'un amaigrissement notable : ce n'est que trois mois après qu'il fut pris de constipation et de diarrhée alternativement.

2° *Période d'état.*—Après une durée variant en moyenne de quatre semaines à six mois, ces troubles initiaux font place à une constipation opiniâtre, ou celle-ci s'accentue si elle existe déjà : dès ce moment, l'occlusion intestinale commeuce et entraîne à sa suite ce cortège si effrayant de l'arrêt des matières fécales. Ici nous serons brefs. Le tableau clinique de l'occlusion intestinale est connu de tout le monde et ne varie, guère quelle que soit la cause de cette occlusisn.

La *douleur* apparaît ou devient plus vive : circonscrite ou non, elle ne tarde pas à présenter des exacerbations qui se rapprochent de plus en plus.

La *constipation* est complète dès le début ou à bref délai : l'orifice anal ne laisse plus passer ni gaz, ni matières du moment où la portion du tube intestinal située au-dessous de l'obstruction a pu se vider.

Après un temps variable, on voit survenir des nausées, des éructations, des vomituritions et presque toujours des *vomissements* plus ou moins rapprochés, alimentaires

d'abord, puis bilieux : souvent, au moins dans les derniers jours, ces vomissements deviennent fécaloïdes (obs. II, III, V, X). Dans l'observation XII, le malade n'a pas eu de garde-robes pendant vingt-neuf jours et néanmoins il n'a jamais vomi.

Météorisme. — Pour peu que la constipation dure depuis un ou deux jours, le ventre augmente de volume ; la paroi abdominale distendue est résistante et dure ; la percussion donne un son tympanique. Il est parfois possible de voir se dessiner sous les téguments les anses intestinales distendues et agitées de temps en temps de contractions convulsives ; gargouillements et borborygmes à la pression. La forme du ventre, si bien décrite par Laugier (1), serait liée au siège de l'obstruction : dans notre cas, les flancs resteraient plats et peu développés : la masse de l'intestin grêle très distendue soulève énergiquement la région de l'ombilic. Donc le ventre prend une forme globuleuse et pointe en avant vers sa partie moyenne.

Etat général; — Avec l'aggravation de ces symptômes abdominaux apparaissent des phénomênes généraux graves dus à l'inanition complète, à l'asphyxie, aux troubles nerveux. La respiration devient fréquente et affaiblie, la voix est cassée ou éteinte : parfois la malade est pris d'un hoquet continu et excessivement pénible (obs. X) . l'amaigrissement est rapide ; les traits sont tirés, les yeux excavés. Les lèvres, le nez, les extrémités sont cyanosés. Le pouls très faible peut devenir fréquent. Mais la tem-

(1) Laugier. Bulletin chirurgical, t. I, p. 245.

pérature descend de 2 ou 3 degrés au-dessous du minimum physiologique. On a encore signalé des troubles de la sécrétion urinaire, consistant en diminution de la quantité d'urine et présence dans celle-ci de substances considérées comme le résultat d'une digestion pancréatique prolongée, le phénol et l'indican.

Nous discuterons plus tard la valeur de ces différents signes.

3° *Période terminale.* — La mort survient en moyenne du huitième au quinzième jour : mais il existe de nombreuses exceptions : elle est en général rapide quand il y a des complications : et parmi ces dernières, la plus fréquente est certainement la péritonite quel qu'en soit d'ailleurs le mode de production : tympanisme, rupture de l'intestin, généralisation d'une péritonite développée dans le voisinage du néoplasme (obs. II, III, X, XVIII).

Nous ne parlerons pas des autres complications nous les énumérons dans un chapitre à part. Quand rien en dehors de la lésion intestinale ne vient hâter la terminaison fatale, celle-ci arrive généralement du vingtième au trentième jour de l'obstruction complète par inanition par asphyxie et par troubles nerveux (obs. V. XII).

B. *Occlusion intermittente.* — Cette variété est celle que nous avons le plus fréquemment observée, et nous verrons dans le diagnostic, que c'est celle qui a le plus souvent donné lieu à de fausses interprétations C'est pour ainsi dire une forme mixte offrant tantôt tous les signes de l'occlusion aiguë, tantôt, au contraire,

affectant une marche chronique sans apparence d'obstruction.

Elle est donc caractérisée par des symptômes qui appartiennent à la première et à la troisième forme et qui apparaissent et disparaissent alternativement sous l'influence de causes diverses dont quelques-unes nous échappent.

Ici encore nous trouvons une période de début plus longue en général et plus caractéristique que dans la première forme. Les douleurs abdominales peuvent être vives, généralisées surtout à l'approche de la période d'état, car, à ce moment, la constipation devenue plus opiniâtre entraîne avec elle un ballonnement plus ou moins considérable ; mais le plus souvent elles sont localisées dans le côté droit et moins vives que dans la première forme : spontanées ou provoquées par la pression, elles deviennent de plus en plus vives, intermittentes d'abord, elles deviennent continues avec des périodes d'exacerbation.

La constipation passagère est un phénomène fréquent : tantôt elle s'accompagne de vomissements alimentaires, bilieux, tantôt elle alterne avec une diarrhée qui procure, en général, au malade un soulagement manifeste et d'une durée variable.

Quelquefois, au contraire, le malade, après avoir présenté une phase d'amaigrissement notable, dont le début remonte à six mois, un an et plus, accuse subitement des troubles dyspeptiques, il est pris de diarrhée, de coliques, de vomissements et rapidement alors la constipation s'établit, s'accentue et tous les signes de l'occlusion ne tardent pas à apparaître.

Mais il est un signe qui, pour n'être pas constant comme dans la troisième forme, n'en a pas moins une valeur con-

sidérable, quand on le constate : c'est la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. Nous chercherons plus loin à établir la valeur pathognomomique de ce signe, nous étudierons les précautions à prendre dans sa recherche, et les erreurs de diagnostic auxquelles on est exposé. Pour le moment, nous nous contenterons de signaler l'irrégularité de son apparition : sur les huit observations que nous avons rangées dans la forme intermittente, nous avons pu, six fois, constater la présence d'une tumeur, ou du moins de la rénitence à la percussion, de l'empâtement à la palpation. Dans quelques cas où le malade a longtemps été exempt de constipation, la tumeur a été un des premiers signes appréciables.

L'observation XVII nous montre une femme qui, pendant deux ans, ne présenta que des douleurs vagues du côté droit et une tumeur assez volumineuse dans la fosse iliaque droite : ce n'est qu'après ces deux années qu'apparurent tous les signes d'un rétrécissement intestinal.

Le sujet de l'observation IV est une femme qui avait une tumeur dans la fosse iliaque droite depuis cinq mois, quand elle entra à l'hôpital, et ce ne fut qu'à ce moment qu'elle présenta les signes d'occlusion : coliques, constipation opiniâtre, ballonnement.

Ailleurs, au contraire, ce n'est qu'après que les accidents d'occlusion ont diminué ou disparu, que la tumeur devient appréciable, cette différence nous semble due à l'intensité des troubles gastro-intestinaux, et à la présence du ballonlonnement et de la péritonite, phénomènes qui entravent ou même rendent impossible toute exploration un peu prolongée.

Quelle que soit la succession de ces phénomènes, qu'ils

soient lents ou rapides, légers ou intenses, il arrive un moment où l'occlusion intestinale s'établit avec toutes les manifestations que nous lui avons décrites. Mais, tandis que précédemment tous les cas se terminaient par la mort, ici, au contraire, nous observons toujours le rétablissement du cours des matières fécales sous l'influence de causes diverses que nous diviserons en deux classes : dans la première, nous comprendrons tous les faits dans lesquels la débâcle survient sans l'intervention du médecin et nous l'appellerons *débâcle spontanée.* L'épithélioma cylindrique peut subir la transformation colloïde et nous avons vu que la matière colloïde abandonne avec facilité les alvéoles qui la renferment et peut se retrouver dans les selles. Le néoplasme peut encore s'ulcérer, se creuser d'une cavité plus ou moins considérable et l'on comprend aisément que dans ces altérations du cancer, le résultat sera une perte de substance qui pourra, à un moment donné, être assez grande pour permettre aux matières fécales, accumulées au-dessus du rétrécissement, de franchir ce dernier et de donner lieu à des selles abondantes mêlées quelquefois de matières glaireuses ou teintées de sang (Observation IV : la transformation colloïde répondant à une débâcle de matières glaireuses et mêlées de sang, fut démontrée par l'autopsie).

Tout en restant spontanée, la débâcle peut être amenée par un mécanisme différent.

Au lieu de voir l'obstacle diminuer de volume, et les matières reprendre leur trajet normal, nous voyons ces dernières suivre une voie de nouvelle formation et arriver à l'extérieur par une fistule plus ou moins large, sinueuse ou droite due à la rupture des parois intestinales ou l'en-

vahissement complet des tuniques par l'ulcération dont nous avons déjà parlé. Pour que cette terminaison heureuse ait lieu, il faut que la rupture ou l'ulcération siègent sur un point de l'intestin dépourvu de péritoine ou au moins que des adhérences préalables mettent la séreuse intestinale à l'abri d'une irruption de matières fécales en mettant deux anses intestinales en communication directe (obs XIX : Intestin grêle et gros intestin).

Par debâcle provoquée, nous entendons celle qui est amenée par une médication appropriée : purgatifs énergiques, électricité, laparotomie, etc...

Nous n'insistons pas sur ce mécanisme, l'intestin vivement irrité se contracte plus énergiquement et surmonte l'obstacle.

Il résulte de cette débâcle un soulagement immédiat, un bien-être dont la durée varie avec les malades.

A dater de ce moment, la marche de la maladie n'offre rien de constant.

Après ces accidents d'occlusion intestinale plus ou moins accentués mais qui ne manquent jamais et toujours suivis de débâcle, le malade peut présenter pour ainsi dire une série d'attaques d'occlusion et mourir soit à la suite de complications, soit par le fait même de l'occlusion (observations, VI, VII, VIII, XIX) ; ou bien le cours des matières fécales n'est plus interrompu et la mort a lieu par cachexie, généralisation du néoplasme, etc... (Obs. IV.)

II. FORME CACHECTIQUE.

Cette forme est caractérisée par l'absence complète de tout signe de rétrécissement, par une dénutrition progres-

sive, et par la présence à peu près constante d'une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Ici il est difficile de saisir le début de la maladie et de lui distinguer des périodes nettes. Le malade maigrit depuis longtemps quelquefois, il est pâle, ses digestions sont pénibles, il accuse de la pesanteur d'estomac, des coliques, souvent une douleur vague provoquée ou augmentée par la pression dans la fosse iliaque droite. Les traits sont tirés, ses muqueuses décolorées, la marche est lente, incertaine, les jambes flageollent, les bras sont pendants et ballants, comme inertes. Ils arrivent ainsi à la dernière période de la cachexie, n'ayant présenté, en général, qu'un symptôme important, à qui ces pauvres malheureux attribuent leur maladie, la diarrhée. Celle-ci, en effet, est presque constante (nous la trouvons 5 fois sur 6), toujours considérable, souvent continuelle, quelquefois incoercible.

Les vomissements que nous avons constatés 3 fois sur 6 sont muqueux, bilieux, parfois alimentaires, mais aucune observation ne mentionne de vomissements fécaloïdes.

Le malade de l'observation XV a présenté, outre les signes habituels que nous venons d'énumérer, cinq hémorrhagies par l'anus dans le début de sa mladie et deux autres la veille de sa mort.

Dans l'observation XI, nous trouvons des vomissements bilieux et alimentaires et marc de café avec mélæna.

Tel est l'exposé clinique de cette forme cachectique ; il est important de le connaître, car il offre peu de variétés et l'absence de symptômes bruyants expose à en méconnaître la signification.

COMPLICATIONS.

Le tableau clinique que nous venons d'esquisser dans le chapitre précédent peut être plus ou moins modifié, quelquefois même dominé par de nouveaux symptômes dépendant non de la lésion initiale, mais des diverses complications auxquelles elle peut donner naissance.

Nous ne ferons qu'indiquer ces lésions secondaires sans nous étendre sur leurs signes propres; elles constituent pour la plupart des états morbides bien définis pour l'étude desquels nous renvoyons aux traités de pathologie et aux ouvrages spéciaux.

Nous diviserons ces complications en cancéreuses et en non cancéreuses.

1° *Complications cancéreuses.* — Elles sont toutes dues à la généralisation du néoplasme, soit par continuité, soit à distance.

La tumeur, en se développant, se met en contact avec les organes voisins, des adhérences s'établissent, et quand l'ulcération envahit le tissu morbide il se forme des fistules qui font communiquer la cavité intestinale soit avec l'extérieur, soit avec la fosse iliaque, le péritoine, la vessie, les viscères, ou encore avec une autre portion de l'intestin.

Dans l'observation XX, la rupture de l'intestin avait amené la formation d'un énorme abcès fécal que l'on incisa et draina la veille de la mort du malade. Jusque-là, l'exis-

tence du néoplasme avait été méconnue ; celui-ci, en effet, ne s'était manifesté que par des désordres symptomatiques d'un catarrhe intestinal.

L'observation XVII est intéressante à plusieurs titres : la malade portait depuis plus de deux ans une tumeur douloureuse dans la fosse iliaque, tumeur que l'on regarda d'abord comme appartenant à l'ovaire. Plus tard, la fluctuation décida le médecin à ouvrir largement ; il s'échappa par l'ouverture une certaine quantite de pus. Bientôt après, par suite d'une rupture spontanée de l'intestin, le pus sortit mélangé de matières fécales. Nous voyons dans ce cas un épithélioma cylindrique de la valvule iléo-cæcale provoquer par voisinage l'inflammation du tissu cellulaire péricæcal et la formation d'un abcès volumineux qui ne fut ouvert que deux ans après son début.

A ce moment on constatait tous les signes d'un rétrécissement intestinal qui persistèrent même après la sortie des matières fécales par l'ouverture de l'abcès. Cela tenait, comme le démontra l'autopsie, à ce que l'intestin perforé communiquait avec l'abcès de la fosse iliaque par une fistule du mésentère à trajet sinueux et étroit.

L'observation XV présente également des lésions de voisinage très importantes. Le néoplasme primitivement développé sur la terminaison de l'intestin grêle avait déterminé des adhérences multiples entre plusieurs anses intestinales, qui avaient fini par être envahies par la dégénérescence cancéreuse.

Il en était résulté la formation d'une poche artificielle remplie de matières fécales noires et liquides et dont les parois étaient constituées par des anses de l'intestin grêle et la face inférieure du foie, le fond de la vésicule biliaire, étant détruit.

Les adhérences sont quelquefois moins étendues : on a vu plusieurs fois la fin de l'iléon soudée au cæcum former avec lui une masse compacte envahie par la dégénérescence cancéreuse.

Dans quelques cas (obs. XIX) cette masse cancéreuse était creusée d'un canal faisant communiquer l'intestin grêle avec le gros intestin.

Dans d'autres cas (obs. II), on voit le calibre de l'intestin entièrement rempli par la valvule iléo-cæcale dégénérée. Le cours des matières est totalement supprimé ; mais l'appendice vermiforme allongé et distendu communique avec l'iléon par une petite ulcération, de sorte qu'une partie des matières fécales passaient de l'iléon dans l'appendice vermiforme et de celui-ci dans le cæcum.

L'altération des ganglions mésentériques est d'une importance presque capitale au point de vue de l'intervention chirurgicale. Les auteurs qui ont rapporté des cas de cancer de l'intestin ne mentionnent pas toujours l'état des ganglions, on trouve assez souvent la mention suivante : « Rien dans les autres organes. » Malgré ce manque de précision on a relevé que l'intégrité des ganglions était sensiblement aussi fréquente que leur altération.

Il est donc permis d'admettre que dans la moitié des cas au moins le malade succombe sans que les ganglions soient atteints de la dégénérescence cancéreuse, d'où l'indication d'intervenir pour faire disparaître les accidents d'occlusion intestinale.

D'autres altérations plus rares figurent dans un certain nombre d'observations : envahissement de la peau et formation spontanée d'un anus contre-nature, noyaux cancéreux secondaires dans le foie, le péritoine (péritonite can-

céreuse), les ovaires, les reins, la rate, les poumons (observation X), les plèvres, les os (cas de M. Lancereaux ; noyau secondaire dans le tibia).

2° *Complications non cancéreuses.* — Quand le cancer s'accompagne d'un rétrécissement il existe presque toujours une distension plus ou moins considérable de la portion du tube digestif située au-dessus.

Evidemment ce phénomène est constant et plus prononcé quand il existe une obstruction complète du calibre de l'intestin.

Cette distension résulte à la fois de la stagnation des matières fécales, du développement des gaz intestinaux et de la parésie des fibres musculaires lisses de l'intestin. Nous avons déjà parlé ailleurs du volume considérable du du ventre et de sa forme.

La distension de l'intestin entraîne après elle plusieurs toubles importants : les uns, constants : l'épaississement des parois intestinales, véritable hypertrohphie du tissu cellulaire sous-péritonéal et surtout de la couche musculeuse de l'intestin due aux efforts plus énergiques du muscle pour triompher de l'obstacle ; le rétrécissement du calibre intestinal au-dessous du rétrécissement.

Les autres, inconstants : rupture de l'intestin suivie de péritonite suraiguë (obs. VIII et XVIII), d'abcès stercoral, etc..., ulcérations plus ou moins profondes, péritonites localisées dans le voisinage du néoplasme ou péritonite par distension (nous rangeons la péritonite dans les complications inconstantes, car elle peut faire absolument défaut à toutes les périodes du cancer de l'iléon).

Plus rarement on constate des invaginations : cependant

elles sont possibles soit que le néoplasme pédiculé franchisse l'orifice iléo-cæcal et entraîne l'intestin par son propre poids, soit que la portion d'intestin située au-dessus du rétrécissement vienne à le franchir à la suite de violentes contractions.

Nous trouvons encore la compression de l'uretère droit par la tumeur cancéreuse dans l'observation XI, et la compression de la veine cave ou de la veine iliaque externe du côté droit dans l'observation XI où le malade offrait un œdème étendu aux deux membres inférieurs et dans l'observation VII où l'on avait constaté l'œdème du membre inférieur droit.

Nous mentionnerons, en terminant comme complication du cancer, la tuberculose et l'aliénation mentale.

M. Le Goupil (1) a tout dernièrement étudié les rapports de la tuberculose et du cancer, nous citerons quelques-unes de ses conclusions :

Le cancer paraît débuter plus souvent chez les phthisiques.

La tuberculose se développe assez fréquemment chez les cancéreux. Dans un certain nombre de cas le cancer peut être seul invoqué comme cause de la tuberculose.

Le cancer des organes de la digestion s'accompagne un peu plus souvent du tubercule que le cancer des autres organes.

D'un autre côté, M. Bessière étudiant dans sa thèse inaugurale les rapports du cancer avec l'aliénation mentale, conclut ainsi : « Le cancer est une cause de folie.

(1) Le Goupil. Coïncidence et rapports de la tuberculose et du cancer. Thèse Paris, 1882.

Cette cause est rare, elle est occasionnelle et ne devient efficace que chez les individus déjà prédisposés à l'aliénation mentale.

Quand la folie éclate dans le cours et sous l'influence du cancer, elle doit être attribuée à des troubles du système nerveux et de l'appareil circulatoire, troubles nés de la maladie organique et entretenus par elle. »

DIAGNOSTIC.

Nous avons vu que l'affection que nous étudions présentait une marche, un tableau clinique variables suivant la forme qu'elle affectait. Chacune de ces formes devra donc être différenciée du groupe de maladies dont les symptômes pourraient donner lieu à des erreurs de diagnostic.

A. Première forme. — L'occlusion intestinale existe-t-elle? On la diagnostique facilement : on ne se laissera pas tromper par une péritonite aiguë, dans laquelle on trouvera une température élevée, la sortie normale par l'anus des matières fécales et des gaz, phénomènes qui manquent dans l'occlusion.

La péritonite, il est vrai, peut compliquer l'occlusion intestinale, mais dans ce cas encore il sera aisé de faire la part de chaque affection.

Deux questions importantes se présentent à l'esprit de l'observateur : l'occlusion intestinale est constatée, quel est son siège, quelle en est la nature ?

1° *Siège* : Un signe peut être donné comme pathognomonique du siège de l'occlusion intestinale ; ou bien fourni par la palpation, tumeur dans la fosse iliaque droite, au niveau de la valvule iléo-cæcale ; ou bien il réside également dans la constatation de la même tumeur et ne peut s'obtenir que par une intervention chirurgicale, la

laparotomie. Ce dernier moyen d'investigation donnerait constamment un résultat positif. Quant à la palpation, elle donne le plus souvent des renseignements négatifs ; Une seule fois (obs. V), sur les six observations, on a pu constater la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite et cela 23 jours avant la mort.

Il ne faudrait point croire cependant que l'absence de ce symptôme rende le diagnostic impossible : il existe d'autres signes qui pour ne pas être absolument pathognomoniques n'en ont pas moins une grande valeur, d'autant plus qu'on peut aisément les combiner et les faire concourir au même but.

Avant l'apparition d'une péritonite concomitante, avant la distension excessive des intestins par les matières fécales et les gaz intestinaux, il arrive fréquemment que le malade accuse une douleur plus ou moins vive localisée dans la fosse iliaque droite, et, quand les coliques sont généralisées, on peut encore parfois trouver leur point de départ dans la fosse iliaque ou du moins limiter en ce point le maximum de sensibilité. Quand cette douleur localisée ou ce maximum sont constants, certains auteurs (Besnier, Bulteau) les regardent comme un indice presque certain du siège précis de l'occlusion.

Le ballonnement du ventre affecte, avons-nous vu dans la symptomatologie, une forme spéciale ; la distension commence au-dessus du rétrécissement ; ici, c'est donc tout l'intestion grêle qui formera le ballonnement.

Ce sera donc surtout la région ombilicale qui sera fortement soulevée, tandis que le gros intestin s'affaissant, les flancs resteront plats et peu saillants. Dans ce cas, « le ventre, dit M. Laugier, prend une forme globuleuse et

pointe en avant vers sa partie moyenne. » Ce symptôme est surtout facile à saisir dès le début de l'occlusion et en l'absence de péritonite.

Les vomissements fécaloïdes précoces indiqueraient, d'après quelques auteurs, que le rétrécissement siège sur l'intestin grêle; pour d'autres (Hilton, Bryant), la précocité et la persistance de ces vomissements tiendraient plutôt à l'étroitesse de l'obstacle qu'à son siège.

M. le professeur Guyon recommande un mode d'exploration dû à Briquet et Velpeau; il consiste à combiner l'auscultation de l'intestin à l'injection d'une certaine quantité de liquide par l'anus : pendant que le liquide pénètre dans les intestins et qu'il en parcourt les diverses portions, l'observateur armé du sthétoscope suit cette marche en se fixant sur le bruit produit par la masse liquide. Dans notre cas particulier, l'obstruction étant complète et siègeant d'ailleurs à la valvule iléo-cæcale ou un peu au-dessus, il sera possible, en dehors de tout autre signe, d'affirmer que l'obstacle siège au-dessus du cæcum; mais on ne pourra déterminer sur quel point précis de l'intestin grêle se trouve l'obstruction, si l'on n'a pas constaté les symptômes dont nous avons parlé plus haut.

Quelques auteurs ont voulu voir dans l'altération de la sécrétion urinaire un indice du siège de l'obstruction. Brinton veut que plus l'étranglement est haut placé, plus l'urine diminue. M. Besnier répond qu'il a vu des cas où l'urine était diminuée de quantité, supprimée même, alors que l'étranglement siégeait très bas sur l'iléon, voire même sur le gros intestin.

Rembold, d'Inspruck, rapporte l'histoire d'un malade qui portait un étranglement du duodénum au-dessous de l'em-

bouchure du canal cholédoque et du conduit pancréatique ; tourmenté par le besoin d'uriner, il ne rendait, même avec la sonde, que quelques gouttes de liquide.

Dans les quelques observations où l'on a noté la quantité d'urine, nous trouvons un chiffre à peu près normal.

Nous ne parlerons pas de la présence dans l'urine, du phénol, de l'indican : on l'a attribuée à une digestion pancréatique prolongée, à l'inanition, etc.; il n'y a rien de précis à ce sujet, rien par conséquent qui puisse servir au diagnostic.

En résumé la notion de siège est fournie par un ensemble de signes dont la valeur est variable, mais dont la réunion permet d'arriver à la presque certitude : une tumeur dans la fosse iliaque droite et, à son défaut, une matité, et une rénittence dont l'importance est augmentée par la constatation à ce niveau d'une douleur spontanée ou provoquée ; l'injection forcée par l'anus combinée à l'auscultation de l'intestin, la forme du ballonnement et la nature des vomissements. Ajoutons les renseignements fournis par la laparotomie, et nous espérons qu'on pourra par tous ces moyens porter souvent un diagnostie exact.

2° *Nature de l'occlusion.* — La deuxième question est moins facile à résoudre : il est reconnu que l'obstacle siège au niveau de la valvule iléo-cæcale.

Quelle est la nature de cet obstacle ?

Ici l'étude des antécédents, la succession et la durée des phénomènes sont de la plus haute importance ; nous y joindrons les renseignements fournis par la température,

la nature et le siège de la douleur et de la tumeur, enfin l'examen des matières rejetées par l'anus.

La péritonite par perforation, bien étudiéé surtout par Henrot et par M. le professeur Duplay, peut donner lieu à une inertie intestinale complète, d'où arrêt des matières fécales et signes d'étranglement. On remarque dans ce cas que l'invasion des symptômes est brusque ; ceux-ci éclatent sans être annoncés par des troubles précurseurs, chez un sujet jouissant d'une bonne santé ; ils présentent dès leur début une gravité très grande ; un frisson intense, une douleur très vive ouvrent la marche ; cette douleur se généralise avec rapidité ; le ballonnement du ventre est uniforme ; les vomissements sont plutôt bilieux que fécaloïdes et la constipation est rarement absolue. Enfin, comme caractères différentiels importants, le pouls est serré, petit et fréquent dès le début, et la température s'élève toujours au-dessus de 38°. Ces caractères manquent dans la forme aiguë que nous étudions : le pouls conserve sa fréquence normale ; la température s'abaisse et ne remonte à 37° ou peut-être 38° que dans les cas où une péritonite concomitante vient compliquer l'affection primitive.

L'occlusion par torsion du mésentère, *l'étranglement par brides*, *diverticules*, *anneaux accidentels*, *hernies internes*, *etc.*, sont d'un diagnostic difficile quant à leur nature, mais l'absence de troubles digestifs antérieurs, ou la constatation d'accidents particuliers préexistants, permettront souvent de les distinguer de l'occlusion intestinale complète amenée par le cancer de la fin de l'intestin grêle.

L'invagination aiguë avec étranglement rapide est certainement, de toutes les affections, celle qui pourrait le plus facilement induire en erreur. En effet, l'invagination peut

se produire sans provoquer immédiatement des désordres bruyants ; elle peut se traduire simplement par des signes de gastro-entérite avec léger degré de rétrécissement, présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite et douleur qui peut être limitée à cette région : puis,à une époque variable et sans cause bien appréciable, on voit apparaître tous les symptômes d'un arrêt complet des matières fécales. Il faudra ici remonter,si possible, au point de départ, rechercher les circonstances au milieu desquelles s'est produite l'invagination, examiner avec soin la forme de la tumeur,voir si elle est mobile, tenir compte de ses changements de situation et de volume et enfin noter précieusement l'existence de la fièvre qui apparaît dès que la portion invaginée s'enflamme. L'étude de ces symptômes se trouvera mieux placée dans le chapitre suivant ; nous n'en discutons pas la valeur pour ne pas nous répéter.

B. 2e *forme.* — Nous avons vu dans la symptomatologie que cette forme avait des caractères assez nets pour qu'on pût la reconnaître dans la majorité des cas, nous dirons peu de mots des obstructions passagères, intermittentes que peuvent amener des tumeurs abdominales, des flexions anormales de l'intestin, des corps étrangers, des tumeurs stercorales..., mais nous insisterons tout particulièrement sur l'invagination chronique, dont les symptômes locaux et généraux peuvent se rapprocher étrangement de ceux fournis par le cancer intestinal à marche chronique.

Les tumeurs extra-intestinales telles que kystes de l'ovaire, corps fibreux de l'utérus, abcès de la fosse iliaque, ne sauraient être méconnues que lorsque le ballonnement du ventre est assez considérable pour masquer leur pré-

sence : hors ce cas, leurs signes propres mettront vite sur la voie du diagnostic.

Les flexions anormales de l'intestin dues à des adhérences entre des anses intestinales ou une portion du tube digestif et un organe voisin pourront être reconnues, si l'on trouve dans les antécédents du malade une affection du péritoine ; de plus on ne trouvera pas de tumeur au point correspondant à l'inflexion.

Les corps étrangers (calculs biliaires ou intestinaux, matières fécales, aliments indigestes) sont rarement en cause, déterminent le plus souvent une obstruction aiguë, et l'on peut les reconnaître en tenant compte des antécédents pathologiques et par l'examen de la tumeur.

L'invagination chronique a beaucoup d'analogie avec le cancer intestinal à forme chronique. Comme lui en effet elle peut arrêter le cours des matières fécales d'une façon intermittente ; le malade peut présenter des alternatives de constipation et de diarrhée, une émaciation plus ou moins considérable une teinte terreuse et cachectique une coloration blafarde, des vomissements, des coliques par accès ou continues, une tumeur dans la fosse iliaque.... Nous allons étudier plusieurs de ces symptômes communs et chercher dans leur succession, leur fixité, leur intensité, etc..., de quoi les différencier dans les deux affections.

Tandis que dans le cancer intestinal, la tumeur est longtemps insaisissable, qu'elle est précédée de troubles digestifs à début insensible et à marche lente, le plus souvent l'invagination se produit brusquement : elle se manifeste par une douleur vive, d'une durée variable dans des circonstances que le malade est en général en état de préciser ; c'est après un refroidissement ou un traumatisme

abdominal ; plusieurs fois cette invagination a presque immédiatement suivi une ingestion d'eau froide ou une absorption de substances lourdes non assimilables : d'autre fois encore c'est l'abus des purgatifs ou la présence de polypes dans l'intestin qui détermine cette int uscep-tion.

On peut enfin trouver comme point de départ un rétrécissement intestinal consécutif à une affection du tube digestif : les parois de l'intestin situées au-dessus du point rétréci se contractent vivement pour surmonter l'obstacle apporté au cours des matières, et franchit ce rétrécissement.

L'observation de M. L. Gambetta qui a été publiée tout récemment a montré un rétrécissement de la fin de l'iléon et de la valvule iléo-cæcale avec une invagination de l'intestin grêle.

Cette invagination que le malade faisait remonter au 10 décembre s'était produite au milieu d'efforts d'une garde-robe et s'était manifestée par une douleur subite dans le flanc droit ; le fonctionnement du tube digestif était d'ailleurs altéré depuis plus d'un an, la constipation était habituelle et l'absorption de purgatifs fréquente.

Les douleurs de l'invagination, comme celle du cancer présentent des degrés différents ; mais elles sont en général soulagées par la pression, les accès paraissent diminuer de durée quand on comprime fortement le point de l'abdomen correspondant ; nous savons, au contraire que dans le cancer la douleur est provoquée ou exaspérée par par la pression.

Les vomissements très rarement fécaloïdes présentent ceci de particulier que dans les invaginations de l'iléon ils

apparaissent tardivement (John Gay). La constipation peut devenir absolue à un moment donné, cesser alors ou alterner avec la diarrhée.

Les selles sanglantes peuvent s'observer également dans les deux affections que nous comparons.

Quant au ténesme et aux épreintes que l'on donne comme signe important de l'invagination, on ne les constate guère que quand celle-ci se rapproche de l'anus.

Nous ne parlerons pas du signe de Dance puisque nous nous occupons précisément de l'invagination qui forme une tumeur dans la fosse iliaque droite.

La tumeur à quelques caractères particuliers qui peuvent être utiles au diagnostic, elle a la forme d'un cylindre plus ou moins allongé ; par une palpation profonde on voit qu'elle est régulièrement arrondie, qu'elle n'est pas bosselée, qu'elle est a peu près égale dans toute son étendue ; on peut quelquefois à son extrémité supérieure, apprécier un léger enfoncement après la saillie formée par la portion invaginante.

Si l'on pratique quelques frictions douces sur le ventre si l'on fait une injection forcée par l'anus ou encore pendant les accès douloureux on peut voir la tumeur entrer en quelque sorte en érection ; elle devient plus dure, plus saillante ; ce phénomène a été considéré comme pathognomonique, il s'y joint quelquefois un mouvement vermiculaire appréciable à travers la paroi abdominale.

De plus cette tumeur se déplace assez facilement. Parlerons-nous de la présence de l'indican dans l'urine comme élément du diagnostic? Nous voyons dans l'observation de M. L. Gambetta une analyse d'urine faite à la pharmacie Vée le 29 décembre 1882, avec la mention suivante : « Or,

d'après mes observations, et en me rapportant à cinq analyses où j'ai constaté l'indican, les diagnostics ultérieurs des médecins ont indiqué cinq fois que le malade était atteint de carcinomie soit de l'intestin, soit de l'estomac. Il y aurait donc lieu de s'enquérir de ces résultats et je n'ai d'autre but que celui d'attirer l'attention de ce côté. »

INVAGINATION CHRONIQUE DE L'INTESTIN GRÊLE.	FORME INTERMITTENTE DU CANCER DE LA FIN DE L'INTESTIN GRÊLE.
DÉBUT des symptômes succède presque immédiatement au froid, humidité, violences, substances indigestes, abus des purgatifs, polypes de l'intestin.	Début insidieux : les symptômes apparaissent progressivement, successivement sans cause apparente.
La DOULEUR est souvent soulagée par la pression ou par une constriction circulaire de l'abdomen.	La douleur est en général provoquée ou augmentée par la pression.
FIÈVRE si l'anse invaginée s'enflamme.	Pas de fièvre s'il n'y a pas de péritonite.
VOMISSEMENTS très rarements fécaloïdes.	Assez souvent fécaloïdes.
TUMEUR : cylindrique, allongée, lisse, régulièrement arrondie.	Tumeur variable, bosselée souvent, quelquefois, arrondie mais d'une façon irrégulière.
Les manipulations déterminent un gonflement avec durcissement et soulèvement de la masse, processus d'érection (pathognomonique).	Les manipulations n'ont aucune action sur la forme et le volume de la tumenr.

C. 3e FORME. — Dans toutes nos observations, excepté dans la première, où l'on n'a probablement pas songé à la rechercher, on trouve une tumeur dans la fosse iliaque droite : ce phénomène suffirait seul à établir le diagnostic.

Dans les cas où le malade n'attirerait pas l'attention de ce côté, on doit toujours explorer avec soin la cavité abdominale quand on se trouve en présence d'un sujet dont l'amaigrissement est notable, la diarrhée abondante.

Mettra-t-on ces accidents sur le compte de la tuberculose? On demandera des renseignements à l'expectoration, à l'auscultation et à l'état de la température.

Nous n'en disons pas davantage : l'erreur n'est possible que si l'on ne songe pas à la possibilité de l'existence d'un cancer intestinal.

TRAITEMENT.

1° Traitement chirurgical. — Le traitement du cancer est, de l'avis de tous les auteurs, un traitemənt purement palliatif, au moins en ce qui concerne l'emploi des moyens médicaux. Il n'en est pas toujours ainsi de l'intervention chirurgicale : elle semble apporter à la thérapeutique cancéreuse un appoint précieux. Nous renvoyons à l'excellente thèse de M. Peyrot pour tout ce qui a trait aux indications de cette intervention et au choix du procédé opératoire. Nous n'en rappellerons que quelques points principaux : le diagnostic établi, il faut opérer le plus tôt possible et en l'absence de toute complication inflammatoire ou cancéreuse.

Les succès de la laparotomie ou de l'entérotomie paraissent dépendre de l'époque à laquelle on intervient. Dans l'occlusion aiguë permanente, l'intervention chirurgicale doit être d'autant plus précoce que la terminaison est fatale : la laparotomie est d'ailleurs, dans les cas de diagnostic, un élément précieux, d'autant qu'elle permet souvent, sans autre opération, de faire disparaître la cause de l'occlusion quand cette dernière est due à une bride, une torsion ou une invagination. Les chirurgiens tendent, de nos jours, à regarder cette opération comme peu grave par elle-même : la statistique de M. Peyrot donne 5 guérisons de cancéreux sur 12 par la laparotomie, c'est-à-dire une proportion de 42 p. 100 environ ; pour l'entérotomie, 10 guérisons sur 43 opérations, 24 p. 100.

Il est probable que cette proportion de succès serait plus élevée si on intervenait avant l'apparition de la cachexie, et en dehors de toute complication inflammatoire ou de généralisation cancéreuse. M. L.-H. Petit, qui a trouvé 61 succès sur 117 opérations d'entérotomie, fait remarquer que les malades qui ont survécu ont été opérés de bonne heure; cet auteur, s'appuyant sur les expériences de Chossat et de Cl. Bernard, pense qu'un certain nombre d'insuccès doivent être attribués à ce que le traumatisme porte sur des sujets en état d'inanition. Il faut donc se hâter d'intervenir.

L'*entérotomie* fera souvent disparaître les accidents dus à l'occlusion intestinale, calmera par conséquent les douleurs quelquefois insupportables, et pourra prolonger de quelque temps la vie du malade. Car, si nous en croyons Bulteau, « Le cancer se développe moins rapidement à la suite de l'opération (il s'agit de colotomie), et il semble vraisemblable d'admettre que la suppression du contact des matières fécales avec la production organique de l'intestin soit la cause du développement moins rapide du cancer. »

La résection d'une portion de l'intestin, qui a donné quelques succès (1), devrait peut-être se pratiquer plus souvent et toujours dès le début; en effet, l'intégrité des ganglions mésentériques, plusieurs fois constatée à la laparotomie et à l'autopsie, et la nature épithéliale du cancer intestinal semblent prouver que, comme le cancer des autres organes, celui de l'intestin est primitivement

(1) Cas de M. Kœberlé présenté à Société de chirurgie dans la séance du 26 janvier 1881.

une affection purement locale, et que son extirpation peut être tentée au même titre que celle du cancer du sein, de l'épithélioma de la langue, etc.

2° *Traitement médical.* — Ce traitement ne s'adresse nullement au cancer lui-même ; il est seulement dirigé contre l'occlusion intestinale. Le choix des moyens à employer est délicat, et il est ici de la plus haute importance de faire un diagnostic exact. Si l'occlusion intestinale existe, il faut chercher à atténuer les symptômes ; si elle n'existe pas, il faut la prévenir.

Dans le premier cas, on pourra administrer de l'opium ; le froid sera quelquefois d'une grande utilité. Grisolle et Masson lui accordaient une grande valeur : glace sur le ventre, lavements glacés ou petits morceaux de glace dans la bouche si le malade vomit beaucoup. En agissant ainsi on calmerait les douleurs, on solliciterait les contractions intestinales, et l'on combattrait enfin les phénomènes inflammatoires.

Le résultat serait peu considérable avec tous ces moyens si l'on n'y joignait l'intervention chirurgicale.

Quand l'occlusion intestinale affectera la forme chronique, le néoplasme étant insuffisant à oblitérer complètement le calibre de l'intestin, on ajoutera avantageusement aux moyens déjà énoncés l'emploi de l'électricité sous la forme de courants continus.

Les courants induits dont s'est servi M. Bucquoy (1) paraissent plutôt indiqués dans l'invagination intestinale. Dans notre cas, les courants continus préconisés par Bou-

(1) Bucquoy. Considérations pratiques sur le traitement de l'invagination intestinale de trois cas guéris par l'électricité. (Journ. de thérap. 1878).

det, de Paris, et Henrot (1) nous semblent préférables, parce que leur excitation est plus lente et les mouvements qu'ils produisent plus analogues aux vermiculations de l'intestin. Leur résultat final est : mouvements mécaniques des tuniques musculaires, résorption des gaz et exaltation de la sécrétion glandulaire.

Quand l'occlusion n'existe pas, il faut instituer un régime sévère : viande crue, œufs, lait, enfin tout ce qui est susceptible de nourrir le malade sous un petit volume.

(1) Henrot. Notes de clinique médicale. Reims, 1878, p. 41.

CONCLUSIONS.

D'après le nombre d'observations que nous avons pu recueillir et les faits qui y sont relatés, nous croyons devoir formuler les conclusions suivantes :

1° Le cancer de la terminaison de l'intestin grêle doit prendre rang dans le cadre nosologique au même titre que le cancer de l'S iliaque du rectum et des autres points rétrécis du tube digestif.

2° La forme de ce cancer que l'on observe le plus fréquemment est l'épithélioma à cellules cylindriques.

3° Quelques observations de cancer intestinal, développé à la suite d'un traumatisme, et ce que nous savons de l'influence de l'irritation sur l'épithélioma, sembleraient autorisée à expliquer la localisation de cette affection dans la dernière portion de l'iléon par les nombreuses causes d'irritation qui peuvent se trouver réunies en ce point.

4° Dans la majorité des cas, le diagnostic peut en être établi avec certitude ou du moins avec une très grande probabilité.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Amussat. — Mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire sans ouvrir le péritoine.

Anger (**B**). — De l'étranglement intestinal. Th. Paris, 1865.

Barlow. — Guy's Hospital Reports. 2e série, vol. 2.

Bayon. — De l'étranglement interne au point de vue du diagnostic et du traitement. Th. Paris, 1858.

Beale. — Transact. of. pathol. society. 1852, t. III.

Bellon. — Des symptômes de l'étranglement interne dans leurs rapports avec le siège de la lésion. Th. Paris, 1878.

Berger (**C**).—Mémoire sur les accidents nerveux dans les étranglements herniaires. Bull. soc. chir.. 1876.

Besnier. — Etude sur le diagnostic et le traitement de l'occlusion de l'intestin. Th. Paris, 1857.

Besnier. — Mémoire sur les étranglements internes de l'intestin. Paris, 1860.

Bessière. — Du cancer au point de vue de ses rapports avec l'aliénation mentale. Th. Paris, 1881.

Boinet. — De la gastrotomie dans les lésions de l'estomac et de l'intestin. Gaz. méd. de Paris, 1874.

Braun. — Deutsche Klinik. 1860, p. 442.

Bucquoy. — Recherches sur les invaginations morbides de l'intestin grêle et sur les caractères qui les distinguent de celles du gros intestin. Soc. méd d'obs. de Paris, 1857, p. 181.

Bulteau. — De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement. Th. Paris, 1878.

Cazin. — De la gastrotomie dans l'occlusion intestinale. Bull. Ac. de méd. de Paris, t. VI, 1877.

Cornil et **Ranvier.** — Manuel d'histologie pathologiqne. Paris, 1876.

Damaschino. — Maladies des voies digestives. Paris, 1880.

Dance. — Mémoire sur les invaginations morbides des intestins. Répertoire gén. d'anat. et de phys. pathol. de Breschet. Paris, 1826.

Duplay. — Du traitement chirurginal de l'occlusion intestinale.

Duplay. — Rev. clin. Arch. gén. de méd., 1879, t. I, p. 709.

Fagge (Hilton). — On intestinal obstruction. Guy's Hosp. Reports, 1869.

Fagge (Hilton) et **Howse**. —Mémoire sur l'invagination intestinale médic. Trans., 1876, vol. LIX, p. 79.

Giamboni. — Contribution à l'étude du cancer de l'S iliaque. Th. Paris, 1880.

Henrot. — Des pseudo-étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin. Th. Paris, 1865.

Houel. — De l'étranglement interne. Th. Paris, 1860 (mémoire).

Hutchinson (Jonathan). — De la gastrotomie dans l'invagination intestinale. Médic. chirurg. Trans., t. LXII, p. 31.

Hutchinson. — Notes on intestinal obstruction its diagnosis and treatment. British méd. Journ. 31 août 1878.

Haussmann. — Cancer de l'intestin. Etiologie et anatomie pathologique. Th. de Paris, 1882.

Guyon. — Art. Abdomen in Dict. encycl. des sciences médicales.

Grisolle. — Pathol. interne, t. II.

Jaccoud. — Traité de pathol. interne. 1883.

Labrie. — De la ponction de l'intestin. Th. Paris, 1852.

Lancereaux. Traité d'anat. pathol.

Larguier des Bancels. — Essai sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes. Th. Paris, 1870.

Lebert. — Traité des maladies cancéreuses. Paris. 1851.

Le Fort. — Discussion à la Société de chirurgie., t. V, 1879.

Legoupil. — Coïncidence et rapports de la tuberculose et du cancer. Th. Paris, 1882.

Luton. — De l'occlusion intestinale. Dict. Jaccoud, 1874.

Moulinié. — Etranglement chronique de l'iléon soigné pendant dix mois pour un ramollissement de l'estomac. Gaz. méd. de Paris, 2e série, t. V, 1837.

Peter. — De l'étranglement interne. France médicale. 1875, p. 417.

Petit (L. H.). — Des opérations palliatives chez les cancéreux. Bull. gén. thérap., 15 octobre 1878.

Philipps (Benjamin). — Obstruction intestinale par cause interne et sur les moyens de la combattre. London. med. chirurg. transac., t. XXXI, 1848, et Arch. gén, méd., t. XIX, p. 474. 1849.

Prudhomme. — De l'occlusion intestinale incomplète. Gaz. des hôp. 1870.

Rafinesque. — Etude sur les invaginations intestinales chroniques. Th. Paris, 1878.

Sarazin. — Etude sur le cancer du cæcum. Th. Paris, 1880.

Teale (Pridgm). — De la possibilité d'intervenir chirurgicalement *in extremis* dans des cas d'occlusion intestinale. *The Lancet*, 2 mai 1874.

Teale (Pridgm). — De l'exploration de la cavité abdominale dans les cas désespérés de l'obstruction intestinale, lorsque le siège de l'obstacle est inconnu. *The Lancet*, 13 mars 1875, p. 369.

Testu. — Occlusion des intestins par cause interne. Th. Paris, 1830.

Thomas. — Occlusion datant de 33 jours, entérotomie. Guérison. Gaz. des hôpit. 1869.

Tillaux. — Traitement des étranglements internes. Bull. génér. de thérapeut. Paris, 1870.

Trousseau. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Paris. De l'occlusion intestinale. t. III, édit. 1873.

Velpeau. — Contusion dans les tissus et dans les organes. Th. pour le professorat. Paris, 1833.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

Anatomie et histologie. — Des os du membre supérieur.

Physiologie. — Usage du nerf facial.

Physique. — De la loupe.

Chimie. — Du chloroforme,

Histoire naturelle. — Des solanées vireuses.

Pathologie externe. — Des hernies inguinales.

Pathologie interne. — De la pneumonie.

Pathologie générale. — Des hémorrhagies.

Anatomie pathologique. — Des calculs biliaires.

Médecine opératoire. — De la lithotritie.

Pharmacologie. — Décrire les préparations qui ont le lait pour base et en faire connaître la composition.

Thérapeutique. — De l'alcool.

Hygiène. — Des eaux potables.

Médecine légale. — Empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Accouchements. — De l'insertion vicieuse du placenta.

Vu : le président de la thèse,
POTAIN.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris
A. GRÉARD.